



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y  
POST GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PROGRAMA DE DOCTORADO EN  
ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN SALUD  
INTERNACIONAL**



**LOS PROCESOS DE RELACIONES EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL  
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**

Autora:

**CELINA DOLORES VENTURA ELÍAS**

Cedula N°. 00-EC- 002110114

Directora de tesis

**DRA. YARIELA GONZÁLEZ ORTEGA**

Co Directora Metodológica

**DRA. LORENA CHAPARRO DÍAZ**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITOS PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTORA EN ENFERMERÍA CON ENFASIS EN SALUD INTERNACIONAL**

**PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ. Noviembre 2017**

## ***DEDICATORIA***

A mis padres Dolores Elías de Ventura (+) y Adán Ventura Chacón.

A mis hijos Oswaldo, Xiomara y Valeria.

## **AGRADECIMIENTOS**

A los participantes de este estudio por su apertura en compartir conmigo las experiencias que lo vivido desde y antes del momento de conocer su diagnóstico de VIH, Gracias a ellos pude comprender la trascendencia de estos cambios, en la transformación de sus vidas y lo que significa tratar de mantener la estabilidad en medio de los ritmos alternantes.

A la Dirección de Investigación y Postgrado de la Universidad Nacional de Panamá, por haber aprobado la realización de este proyecto de investigación.

A mi directora de Tesis, Doctora Yariela González de Moreno, por su dedicación y apoyo durante la realización del presente estudio. Sus reflexiones y enseñanzas, me ayudaron a consolidar y a llevar a feliz término este proyecto de investigación.

A la Doctora Olivia Lorena Chaparro Díaz, con quien tuve la oportunidad de realizar la pasantía del Doctorado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por su apoyo incondicional durante la pasantía académica.

A los Profesores del Programa de Doctorado, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Panamá, por sus enseñanzas y ejemplo, durante los años de formación.

A la Directora General y Consejo Directivo del Instituto de Profesionales de la Salud, docentes y personal administrativo por su apoyo, motivación y respaldo a los estudios de doctorado.

A mis compañeras de la primera cohorte del programa de Doctorado en Enfermería, con quienes compartí este reto de profundizar en el conocimiento de enfermería.

Al equipo docente y personal administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá y de la Universidad Nacional de Colombia, por su disponibilidad durante mi formación.

A todas aquellas personas, familiares, amigos y compañeros que me han motivado para luchar por alcanzar las metas que me he propuesto.

## RESUMEN

**Introducción:** El VIH llega a la vida de las personas sin esperarlo afectando su vida cotidiana y teniendo implicaciones en las dimensiones personales, familiares y relaciones sociales, haciéndose necesario modificar y mejorar el cuidado de sí y de sus relaciones, ante una enfermedad que lo acompañará toda la vida haciéndose necesario explicar los significados dentro de esta experiencia. **Objetivo:** Construir el planteamiento teórico que describa y explique los procesos de las relaciones persona a persona en los sujetos con VIH. **Método:** Se trató de un estudio cualitativo, descriptivo con la aplicación de la teoría fundamentada. Los participantes fueron 25 personas con VIH de la República de El Salvador, considerándose las normas éticas internacionales y nacionales, siendo revisado por el Comité de Ética donde se realizó el estudio. **Resultados:** De los resultados se construyó la teoría sustantiva: buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes. El proceso social básico contiene cuatro variables: reconociendo riesgos compartidos y retorno a la familia, conociendo y compartiendo con otros, transitando entre el sufrimiento y el cambio y armonizando mi vida y relaciones. **Discusión:** los resultados fueron interpretados considerando elementos de cuidado de Mayeroff y la teoría de los significados de Patricia L. Starck, considerando el propósito de vida, la libertad de elegir y el sufrimiento humano. **Consideraciones finales:** La experiencia que se tiene de tener VIH evidencia la capacidad del ser humano de hacer uso de su libertad y tomar decisiones en medio de los ritmos alternantes de sufrimiento que les posibilita en un periodo de tiempo indeterminado iniciar a encontrar el significado de vida. **Palabras clave:** Relaciones, persona, virus de inmunodeficiencia humana, significado.

**SUMMARY: Introduction:** HIV comes to the life of people without expecting it, affecting their daily life and having implications in personal dimensions, family and social relationships, making necessary to modify and improve their personal care and their relationships to battle a disease that will be part of their life, making it necessary to explain the meanings within this experience. **Objective:** To construct the theoretical approach that describes and explains the processes of person-to-person relationships in subjects with HIV. **Methods:** It was a qualitative, descriptive study with the application of grounded theory. The participants were 25 people with HIV from the Republic of El Salvador, considering the international and national ethical standards, being reviewed by the Ethics Committee where the study was conducted. **Results:** The results were built on the substantive theory: looking for stability in the midst of the alternating rhythms. The basic social process contains four variables: recognizing shared risks and return to the family, knowing and sharing with others, moving between sufferings, change and harmonizing their life and their relationships. **Discussion:** The results were interpreted considering elements of care by Mayeroff and the theory of the meanings by Patricia L. Starck, considering the purpose of life, freedom of choice and human suffering. **Final considerations:** The experience of having HIV, proof the ability of the human being to make use of their freedom and make decisions in the midst of a permanent life situation of different types of suffering, that they make it possible in an indefinite period of time to start finding the meaning of life. **Keywords:** Relationships, person, human immunodeficiency virus, meaning.

## ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	Pág.
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	5
SUMMARY.....	5
ÍNDICE GENERAL.....	6
ÍNDICE DE FIGURAS .....	12
ÍNDICE DE ANEXOS.....	13
INTRODUCCIÓN.....	15
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>17</b>
1.1 Delimitación del problema.....	17
1.2 Pregunta del estudio .....	28
1.3 Propósito.....	28
1.4 Justificación.....	28
1.5 Objetivo.....	31
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO TEÓRICO DEL FENÓMENO.....</b>	<b>32</b>
2.1 Interaccionismo simbólico.....	32
2.1.1 Concepto de interaccionismo simbólico.....	32
2.1.2 Naturaleza del interaccionismo simbólico.....	33
2.1.3 Ideas básicas de ver la sociedad .....	34
2.1.3. a. Naturaleza de la sociedad o vida grupal humana .....	34
2. 1.3. b. Naturaleza de la acción social .....	35
2.1.3. c. Naturaleza de los objetos .....	35
2.1. 3. d. El ser humano como organismo actuante.....	35
2.1. 3.e. Naturaleza de la acción humana.....	35
2.1.3. f. Interconexión de la acción.....	36
2.1.4 Principios metodológicos .....	37
2. 1.5 Consecuencias metodológicas .....	38

2.1.6 La sociedad como interacción simbólica.....	39
2.2 Salud .....	41
2.3. Dolor o pérdida, duelo.....	41
2.4 Relación de riesgo.....	42
2.5 Creencias .....	43
2.6 Síntomas .....	43
2.7 Familia.....	43
2.8 Confianza.....	44
2.9 Enojo.....	44
2.10 Sentimientos.....	45
2.11 Deseo de morir.....	46
2.12 Apoyo.....	46
2.13 Cuidado de Enfermería .....	46
2.14 Estigma .....	49
2.15 Espiritualidad.....	49
2.16 Significado de vida.....	49
2.17 Transitando.....	50
2.18 Teoría de los significados.....	50
2.18.1 Concepto .....	50
2.18. 2 Antecedentes.....	50
2.18.3 Conceptos principales de la Teoría .....	51
2.18.3.a El propósito de vida.....	51
2.18.3.b Libertad de elegir .....	52
2.18.3.c El sufrimiento humano.....	52
<b>CAPÍTULO III: MÉTODO.....</b>	<b>53</b>
3.1 Enfoque.....	53
3.2 Tipo de estudio.....	54
3.3 Fundamentos filosóficos del método.....	54
3.4 Descripción del contexto.....	56

3.5 Método de teoría fundamentada .....	58
3.5.1 Concepto .....	58
3.5.2 Finalidad.....	59
3.5.3 Utilidad .....	59
3.5.4 Características .....	59
3.5.5 Análisis de datos .....	60
3.6 Saturación /Informantes.....	61
3.6.1 Criterios de inclusión.....	62
3.6.2 Contacto inicial .....	62
3.7 Técnica de recolección de la información.....	64
3.7.1 La entrevista en profundidad .....	64
3.7.2 Grabaciones.....	65
3.7.3 Notas de campo.....	65
3.8 Consideraciones éticas.....	67
3.9 Procedimientos de recolección de la información.....	69
3.9.1 Prueba preliminar.....	69
3.9.2 Promoción e identificación de los participantes al estudio.....	69
3.9.3 Llevar el registro de datos de los participantes.....	70
3.10 Criterios de rigor científico.....	70
3.10.1 Credibilidad.....	70
3.10.2 Transferibilidad.....	71
3.10.3 Confirmabilidad.....	72
3.10.4 Confiabilidad .....	73
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>74</b>
4.1 Técnicas de análisis de la información.....	74
4.2 Procedimientos para procesar datos.....	75
4.2.1 Fases de la entrevista .....	78
4.3 Caracterización de los participantes en el estudio.....	82
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS.....</b>	<b>85</b>



5.1 Categorías encontradas .....	85
5.1.1 Proceso 1. Reconociendo riesgos compartidos y retorno a la familia.	86
5.1.2 Proceso 2. Conociendo y compartiendo diagnóstico.....	88
5.1.3 Proceso 3. Transitando entre el sufrimiento y el cambio.....	89
5.1.4 Proceso 4.- Armonizando mi vida y relaciones.....	92
5.2 Relaciones persona- persona.....	87
5.2.1 Categoría: Reconociendo riesgos compartidos y retorno a la familia	91
5.2.1.a Sub categoría: Compartiendo antecedentes de salud.....	91
5.2.1.b Sub categoría: Viviendo dolor de pérdida. ....	94
5.2.1.c Sub categoría: Experimentando relación de riesgo.....	96
5.2.1.d Sub categoría: Teniendo creencias culturales.....	99
5.2.1.e Sub categoría: Manifestando síntomas.....	101
5.2.1.f Sub categoría: Manifestando diversidad sexual .....	103
5.2.1.g Sub categoría: Teniendo familia.....	105
5.2.2 Categoría conociendo y compartiendo con otros.....	108
5.2.2.a Sub categoría: Conociendo el diagnóstico.....	108
5.2.2.b Sub categoría: Teniendo esperanza y confianza .....	111
5.2.2.c Sub categoría: Sintiendo enojo.....	113
5.2.2.d Sub categoría: Compartiendo el Diagnóstico.....	115
5.2.2.e Sub categoría: Transacción de apoyo.....	118
5.2.3 Categoría Transitando entre el sufrimiento y el cambio .....	120
5.2.3.a Sub categoría: Recibiendo atención al tratamiento.....	120
5.2.3.b Categoría: Recibiendo orientación.....	128
5.2.3.c Sub categoría: Expresando sentimientos .....	130
5.2.3.d Sub categoría: Recibiendo cuidados de Enfermería.....	137
5.2.3.e Sub categoría: Expresando estigma y discriminación.....	141
5.2.3.f Sub categoría: Evidenciando autocuidado.....	143
5.2.3.g Sub categoría Asistiendo a la iglesia.....	147
5.2.3.h Subcategoría: Mostrando disposición y responsabilidad.....	150

5.2.4 Categoría: Armonizando mi vida y relaciones .....	151
5.2.4.a Sub categoría: Espiritualidad.....	151
5.2.4.b Sub categoría: Encontrando significado de vida .....	153
5.2.4.c Sub categoría: Transitando .....	156
<b>CAPÍTULO VI: PLANTEAMIENTO TEÓRICO Y DISCUSIÓN GENERAL</b>	<b>160</b>
6.1. Modelo teórico emergente: Buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes. ....	160
6.2 Fases del modelo teórico emergente .....	162
6.3 El proceso de cambio .....	165
6.4 Supuestos de los resultados.....	167
6.5 Principales conceptos del paradigma.....	168
6.5.1 Riesgo social .....	169
6.5.2 Sufrimiento social.....	179
6.5.3 Apoyo social .....	188
6.5.4 Espiritualidad .....	198
6.5.5 Significado de vida .....	208
<b>CONSIDERACIONES FINALES .....</b>	<b>218</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>221</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>251</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

CONTENIDO	Pág.
Figura N° 1: Ejemplo de codificación utilizada.....	79
Figura N° 2: Ejemplo de Esquema organizativo de la categoría: Transitando.....	80
Figura N° 3: Ejemplo de esquema de relación de categorías y subcategorías	82
Figura N° 4: Datos sociodemográficos de las personas con VIH participantes en el estudio.....	83
Figura N° 5: Categorías encontradas.....	86
Figura N° 6: Categoría: reconociendo riesgos compartidos y retorno a la familia.....	86
Figura N° 7: Categoría: conociendo y compartiendo con otros.....	88
Figura N° 8: Categoría: transitando entre el sufrimiento y el cambio.....	89
Figura N° 9: Categoría: armonizando mi vida y relaciones. ....	91
Figura N° 10: Esquema de relaciones persona – en sujetos con VIH.....	92
Figura N° 11: Representación esquemática de la propuesta de modelo teórico: Buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes .....	162

## INDICE DE ANEXOS

CONTENIDO	Pág.
Anexo N°1: Estadísticas y características regionales de VIH y SIDA 2016...	252
Anexo N°2: Visión general de América Latina y el Caribe de personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana. 2016.....	253
Anexo N°3: Total del gasto interno del VIH de la política pública interna y de fuentes internacionales. (Dólares. Estados Unidos).....	254
Anexo N°4: Mortalidad por causas específicas por sexo, reportadas por el MINSAL, de enero a diciembre del 2010.....	255
Anexo N°5: Registro de datos generales de participantes .....	256
Anexo N°6: Diario de campo .....	257
Anexo N°7: Consentimiento Informado.....	258
Anexo N°8: Códigos de la sub categoría: Compartiendo antecedentes de salud y gineco obstétricos.....	259
Anexo N°9: Códigos de la sub categoría: Viviendo dolor de pérdida.....	260
Anexo N°10: Códigos de la sub categoría: Experimentando relación de riesgo.....	261
Anexo N°11: Códigos de la sub categoría: Teniendo creencias culturales....	263
Anexo N°12: Códigos de la sub categoría: Manifestando síntomas.....	264
Anexo N°13: Códigos de la sub categoría: Manifestando diversidad sexual..	266
Anexo N°14: Códigos de la sub categoría: Teniendo familia.....	267
Anexo N°15: Códigos de la sub categoría: Conociendo el diagnóstico.....	271
Anexo N°16: Códigos de la sub categoría: Teniendo esperanza y confianza.	274
Anexo N°17: Códigos de la sub categoría: Sintiendo enojo.....	275
Anexo N°18: Códigos de la sub categoría: Compartiendo el diagnóstico.....	276
Anexo N°19: Códigos de la sub categoría: Transacción de apoyo.....	278
Anexo N°20: Códigos de la sub categoría: Recibiendo atención al tratamiento.....	282
Anexo N°21: Códigos de la sub categoría: Recibiendo orientación.....	288
Anexo N°22: Códigos de la sub categoría: Expresando sentimientos.....	289

Anexo N°23: Códigos de la sub categoría: Recibiendo cuidados de Enfermería.....	296
Anexo N°24: Códigos de sub categoría: Expresando estigma y discriminación.....	298
Anexo N°25: Códigos de la sub categoría: Evidenciando autocuidado.....	300
Anexo N°26: Códigos de la sub categoría: Asistiendo a la iglesia.....	303
Anexo N°27: Códigos de subcategoría: Mostrando disposición y responsabilidad .....	304
Anexo N°28: Códigos de la sub categoría: Espiritualidad.....	305
Anexo N°29: Códigos de la sub categoría: Encontrando significado de vida	307
Anexo N°30: Códigos de la sub categoría: Transitando.....	309

## **INTRODUCCION**

La enfermedad del virus de inmunodeficiencia adquirida, VIH es una problemática mundial con muchas aristas y que incide en los gobiernos, iglesia, productividad y en la base de la sociedad: la familia y la persona misma que lo padece; en este proceso de la enfermedad intervienen actores entre ellos el equipo de salud cuyos integrantes en coordinación entre sí, atienden a los sujetos con VIH en los diferentes estadios de la enfermedad; particularmente el personal de enfermería; quienes laboran en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, UCSF, en los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados, ECOS, considerados en primer eslabón en la entrada al sistema de salud, en el consultorio, en las salas de los hospitales, en las salas de consulta externa, en los grupos de apoyo y que tienen la responsabilidad decisiva en la vida de las personas con VIH y su familia, de tal forma que en este proceso se dan relaciones profesionales entre la persona viviendo con el virus de VIH, PVVS, y en personal de salud particularmente enfermería ; así lo afirma Schütz y Luckmann, (2009).

El ser humano tiene relaciones mutuas con otras personas como parte de la estructura social en la que ha nacido e incorporado, siendo parte de un sistema social que tiene estructura de interacción familiar, grupos y generaciones, donde hay divisiones de trabajo y diferenciación.

Esta investigación denominada: Las relaciones persona-persona en sujetos con VIH: Construyendo su significado a partir de las experiencias de cuidado, está organizado en seis capítulos. El primero denominado planteamiento del problema donde se delimita

el fenómeno en estudio, la pregunta de investigación, el propósito del estudio es construir el planteamiento teórico que describa y explique los procesos de las relaciones persona a persona en sujetos con VIH, luego se encuentra la justificación seguido del objetivo que se pretende alcanzar.

En el segundo capítulo se presenta el contexto teórico del fenómeno seguido del tercer capítulo que contiene el método de investigación a utilizar, el cual será la teoría fundamentada (Corvin y Strauss, 2012), el cual, a través de las entrevistas en profundidad permitirá conocer cómo viven las personas con el virus de inmunodeficiencia adquirida así como los procesos de las relaciones persona a persona y los significados de la experiencia de vivir con esta enfermedad, además se enuncian el paradigma, el fundamento filosófico, la descripción del contexto donde se realizó el estudio, la población, saturación, técnicas de recolección de información, las consideraciones éticas consideradas, el procedimiento de recolección de datos y los criterios de rigor científico. .

El cuarto capítulo contiene el análisis de la información seguido del capítulo quinto en el cual se encuentran los resultados obtenidos y el capítulo sexto describe el planteamiento teórico seguido de las consideraciones finales, referencias y se agregan los anexos correspondientes.

# **TÍTULO: LOS PROCESOS DE RELACIONES EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.**

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

Una de las enfermedades clasificadas como emergentes en los seres humanos es el HIV o VIH cuyo agente etiológico es el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1), del género Lentivirus y de la familia Retroviridae, la cual cuando evoluciona mediante procesos complejos y variables y puede progresar hacia la etapa final desencadenando el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sida, posiblemente ajustado por un equilibrio entre el huésped y los factores virales, causando una pérdida progresiva de los linfocitos T CD4+ asociada con otras alteraciones cualitativas y cuantitativas de la respuesta inmune (Vissoci et al., 2008).

A nivel mundial, hasta fines del 2016, existen 36,7 millones de personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana con un rango que va de 30,8 millones–42,9 millones (Anexo No. 1) y se evidencia un aumento en las cifras a medida que más personas están recibiendo la terapia antirretroviral. La mortalidad por SIDA también está disminuyendo y en el año 2016, fallecieron 1 millón [830.000–1,2 millones] de personas a nivel mundial a causa de enfermedades relacionadas con el sida, por debajo de 1,9 millones [1,7 millones–2,2 millones] de 2005 y los 1,5 millones [1,3 millones–1,7 millones] de 2010. Por otra, parte el número de nuevas infecciones descendió en el año 2016 a 1,7 millones [1,4 millones–1,9 millones] lo que representa alrededor de un 11%, inferior al del 2010. Sin embargo en América Latina el número de nuevas infecciones por el VIH no varió de 2010 a 2016, lo que pone de relieve la importancia de intensificar los esfuerzos de prevención. (UNAIDS, 2017)

Esta epidemia repercute en los gobiernos ya que son objeto de mayor presión para aumentar la inversión en el área de la prevención, aumenta el gasto en salud y tiene efectos



en las economías, en servicios sociales, por otra parte al reducirse la actividad laboral de las personas disminuyen los impuestos para los gobiernos, y frena el desarrollo económico (ONUSIDA, 2003), sin embargo posteriormente se plantea el objetivo 90-90-90 el cual sostiene que para el 2020 se pretende que el 90.00 % de personas diagnosticadas, tengan tratamiento antirretrovírico continuado y quienes la reciben tendrán supresión viral, finalidad que requiere amplios esfuerzos de los actores sociales (ONUSIDA, 2014)

El número total de personas que viven con el VIH en la región latinoamericana sigue creciendo y en el 2016 llegó a 1,8 millones [1,4 millones–2,1 millones] de personas vivían con el VIH frente a 1,5 millones en el año 2012 (ONUSIDA, 2017) siendo los países que reportan mayor número de casos de VIH en el 2016 son: Brasil con 830,000 casos, México con 220,000 casos, Haití con 150,000 casos, Argentina, Colombia y Venezuela con 120, 0000 casos de personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana respectivamente y de la región Centroamericana los países que mayor número de personas con VIH son Guatemala con 46,000 casos, El Salvador con 24,000 casos, Honduras y Panamá con 21,000 casos, Costa Rica con 13,000 casos y Nicaragua con 8,900 casos de personas con VIH (UNAIDS, 2017), (Anexo N° 2).

Ante esta problemática de salud, los países de la Región de América Latina y el Caribe destinaron un total del gasto interno del VIH de la política pública interna y de fuentes internacionales un total de \$612, 987,167, en el 2011 y para el siguiente año 2012 reportaron un gasto de \$248, 728,192; además los informes evidencian que existen países que no reportaron el gasto en los años mencionados como Jamaica, Belice, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Honduras y Nicaragua entre otros (UNAIDS, 2013), (Anexo N° 3) , particularmente en el caso de El Salvador los estudios MEGAS evidencian que entre 2010 al año 2014, la inversión destinada hacia las poblaciones claves se ha incrementado de \$ 2,057,813 a \$ 7,737,736 en el 2014, aspecto que evidencia los esfuerzos hacia esta epidemia concentrada en el país (MINSAL, 2016)

Por consiguiente, son pocos los programas nacionales de VIH que se concentran en la prevención y el tratamiento de la infección por VIH entre personas del género masculino

que tienen relaciones entre sí (OMS, 2011). De los 12 países que comunicaron el gasto en actividades de prevención, sólo Perú dirigió más de 5% del gasto en programas prevención del VIH para personas del género masculino que tienen relaciones entre sí.

Las estadísticas oficiales de El Salvador reportan el número de casos de VIH/ sida desde 1984 hasta el 31 de diciembre del 2015, un acumulado histórico de 33,184 casos de VIH en general; de ellos, el 72% (23,892) corresponden a casos de VIH y 28% (9, 282) a casos de VIH avanzado o sida y es hacer notar que en los últimos cinco años el número de casos ha ido en disminución. Del total de casos detectados más del 63% (20,906) se concentran en personas del género masculino y 37% (12,278) en personas del género femenino; por otra parte en el sistema nacional de salud paso del 2007 de reportar siete casos cada día al 2005 se reportan cinco casos diariamente en el 2015 y por otra parte en ese mismo año de reportaron 1191 casos nuevos en todo el país siendo los departamentos con un mayor nmero de casos en su orden San Salvador, La Libertad, Sonsonate, Ahuachapán y San Miguel. (MINSAL, 2016), en cuanto a las formas de transmisión prevalece la sexual y para el 2015, solo dos niños nacieron con VIH.

En cuanto a las características más predominantes en las personas que adolecen esta enfermedad para el año 2010, está entre el grupo de edad de 30 a 34 años, el nivel educativo de Bachillerato, seguido de las personas que no tienen ninguna formación educativa formal, el estado civil de acompañado, y la ocupación que más prevalece es ama de casa. (USAID, PASCA y MCP-ES, 2010); por otra parte, el día 28 de junio del 2013, se realizó el día nacional de la toma de la prueba nacional del VIH con 115,911 pruebas tomadas de las cuales 316 resultaron reactivas y diagnosticados 182 como casos nuevos, (MINSAL, 2013), además las enfermedades por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) sin otra especificación ocupan la décima causa de mortalidad por causas específicas. (MINSAL 2011) (Anexo N° 4), aunque no parece entre las primeras diez causas de mortalidad de la red de hospitales del MINSAL al 2016 (MINSAL, 2017)

Ante la problemática mundial del VIH y el creciente número de casos, ha surgido compromisos de organizaciones internacionales como la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, (UNAIDS), y el Fondo Mundial, (FM) entre otras, que trabajan en fortalecer las respuestas nacionales a través de los gobiernos a fin de mejorar las diferentes acciones ante el VIH/sida. (OPS, 2010). Bajo este contexto merece especial atención señalar que en septiembre del año 2015 en la Organización de las Naciones Unidas, (ONU), se firmaron los objetivos del desarrollo sostenible y específicamente el N° 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades y la meta 3.3 hace referencia que para el 2030 se debe poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis y otras (ONU, 2015).

En esta problemática, América Latina es la quinta región con más casos de VIH y solo se encuentra debajo de África oriental y meridional, África occidental y central, Asia y el Pacífico, Europa occidental y central y América del Norte (UNAIDS, 2017) y en El Salvador, se han realizado avances resaltando la estrategia de las Clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual – VICITS (14), para brindar atención a poblaciones en mayor riesgo las cuales cuentan con personal altamente capacitado para la atención (MINSAL, 2016)

El Salvador, también se ha implementado un sistema concertado de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación (MINSAL, 2012), además en este proceso el Ministerio de Salud de El Salvador como ente rector de la salud del país realizó una consulta a nivel nacional, y producto de ello, surge el Plan estratégico Nacional Multisectorial de la respuesta al VIH/sida e ITS 2011-2015. (MINSAL, 2011) seguido del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS 2016-2020 (MINSAL, 2016) ,que tiene como finalidad consolidar lo alcanzado, la identificar tempranamente las nuevas infecciones, ampliación de personas a tratamiento antirretroviral y la supresión de la carga viral, lo que implica reducción de nuevos casos de VIH y de mortalidad por sida, de igual manera la protección de futuras generaciones del VIH por medio de la eliminación de la transmisión materno infantil; sin embargo, no se dispone de un documento específico para la atención por parte del personal de enfermería. Además se han realizado esfuerzos por

diversas entidades estatales y privadas entre las que se encuentran el Ministerio de Educación, Organizaciones de la sociedad civil, organizaciones basadas en la fe, Ministerio de Salud y Legisladores Salvadoreños; para diseñar e implementar leyes y protocolos para la atención adecuada de las personas con VIH; que a continuación se detalla cada uno de ellos: guía para la prevención de la transmisión Materno Infantil del VIH, que tiene como objetivo prevenir la transmisión materno infantil en futuros padres y madres infectados y contiene lineamientos para intervenciones esenciales y tareas para identificar poblaciones en riesgo, realizar tamizaje a todas las embarazadas en forma progresiva, entre otras actividades. (MINSAL, 2003). Otro documento es la Ley y reglamento de prevención y control de la infección provocada por el virus de Inmunodeficiencia Humana que tiene como objetivo prevenir, controlar y regular la atención de la infección causada por el virus de inmunodeficiencia adquirida (Asamblea Legislativa, 2004).

En el año 2004, el Ministerio de Salud de El Salvador, editó la guía para la nutrición, la cual se convierte en un instrumento para conocer los criterios técnicos del manejo nutricional y proporcionar la orientación encaminada a generar cambios hacia una vida saludable para las personas viviendo con VIH. (MINSAL, 2004). Otro documento normativo es la guía de medidas universales de bioseguridad, diseñada para contribuir a la construcción y apropiación de una cultura de comportamiento dentro del ambiente hospitalario, por parte de equipo de salud, tendiente a evitar los riesgos de infección intrahospitalaria, con el fin de proteger al paciente, personal hospitalario y la comunidad en general y mejorar la calidad de vida, y contiene lineamientos de medidas de bioprotección en el medio ambiente hospitalario, cadena de transmisión, medidas estándares, limpieza, desinfección y esterilización de equipo médico, manejo de desechos sólidos hospitalarios, patología y manejo de cadáveres, accidentes laborales, (MINSAL, 2004).

El Ministerio de Salud dispone de normas para personas privadas de libertad, a fin de contribuir a que el personal de las instituciones que tiene responsabilidad en la atención de salud dispongan de lineamientos generales y herramientas básicas y sencillas para su

aplicación en la promoción de la salud, prevención, atención, seguimiento, monitoreo y evaluación, y en su contenido tiene las directrices correspondientes, así como preservación de los derechos humanos éticos y legales, entre otros. (MINSAL, 2005).

Por otra parte se dispone de la guía de atención para poblaciones móviles para el control y prevención de ITS/VIH/SIDA, documento normativo que contribuye a que los trabajadores de la salud desarrollen habilidades para el abordaje preventivo y de reducción del riesgo de transmisión del VIH/SIDA (MINSAL, 2005), así como un protocolo de atención para las personas viviendo con el VIH/SIDA (MINSAL, 2005) y el decreto 56 que tiene como objetivo garantizar la igualdad de las personas ante la ley y contiene disposiciones para evitar toda forma de discriminación en la administración pública por razones de identidad de género y/o orientación sexual, que su espíritu es garantizar la igualdad de las personas ante la ley. (Presidencia de la Republica, 2010).

Las acciones de país realizadas están en concordancia con la ONUSIDA (2014), al plantear que para el 2030 se debe tener liderazgo en el plano nacional para asegurar estrategias y alcanzar los objetivos al 2020: el 90% de las personas que viven con el VIH conocerán su estado serológico (90% de diagnosticados), que reciban un tratamiento antirretrovírico continuado (90% en tratamiento del VIH) y quienes la reciben tendrán supresión viral (90% suprimido) así como superar desafío sociales como al estigma, el silencio, la discriminación y la marginación entre otros.

Históricamente los jefes de estado y de gobierno de los países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) emiten una declaración, que se alinea a la declaración de ONUSIDA (2001) reconociendo la epidemia como un desafío para los países de la región y que tiene efectos desmedidos en miles de personas infectadas y afectadas directamente; lo que tiene implicaciones en el costo social y económico, por lo se hace necesaria una respuesta armonizada, coordinada y urgente; con la certeza que el estigma

y discriminación que padecen las personas infectadas y afectadas por el VIH/sida constituye una pesada carga totalmente inaceptable, adquiriendo el compromiso de ejecutar las medidas legales, educativas, informativas y comunicacionales necesarias para asegurar una atención más efectiva con el propósito de disminuir actitudes discriminatorias y mejorar el conocimiento y acceso a la protección de derechos de las personas que viven con el VIH/sida. (Declaración de San Salvador, 2005).

Posteriormente ONUSIDA, (2010) adopta la estrategia para el 2011-2015 denominada: Llegar a cero, la cual consiste en detener e invertir la propagación del VIH, con la visión de llegar a cero discriminación; para lograrlo es importante fomentar el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género en la respuesta al VIH, es decir los países deben incrementar sus acciones a fin estimular y mejorar el nivel de conciencia en materia de derechos humanos y en relación al VIH se incluya a personas del sexo femenino incluyendo las niñas, así como también deben crearse entornos legales que protejan a las PVV, a las personas en mayor riesgo, así como también las comunidades más vulnerables reciban cobertura del VIH; y las personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana y en mayor riesgo conocer sus derechos y recibir apoyo para defenderlos. Otro elemento importante señalado es que se realizar más inversiones para abordar los vínculos entre la vulnerabilidad al VIH, las desigualdades entre géneros, y la violencia contra personas del sexo femenino incluyendo las niñas.

Mucho se ha avanzado en materia legal y normativa sobre el tema pero a pesar de ello, puede decirse que estas personas aún experimentan algún grado de estigma y discriminación con las personas que se relacionan, y el personal de enfermería no es la excepción; así lo señala ONUSIDA (2010) en el estudio realizado en El Salvador: Diseño de elementos principales que debe contener el sistema de protección social para personas con VIH/sida (PVVS) para determinarlas características y elementos que deben incorporarse al sistema de protección social para personas con VIH/SIDA (PVVS) se encontró maltrato psicológico a pacientes, quejas de discriminación que son objeto en la

familia, trabajo, residencia y otros lo que genera aislamiento social y los hombres se sienten violentados en sus derechos por desconocimientos y prejuicios acerca del desarrollo y transmisión del VIH incluyendo el personal de salud alterando en consecuencia las relaciones y la comunicación entre las personas, tal situación se convierte más que en un problema en un desafío para la profesión de enfermería cuyo foco central es el cuidado del ser humano

De ahí que las personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia adquirida, presentan una serie de problemas físicos, sociales y psicológicos, estos últimos se evidencian en un estudio realizado en Colombia denominado Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida, con el objetivo de identificar indicadores de depresión y factores asociados en un grupo de personas viviendo con VIH/sida, se encontró presencia de síntomas depresivos y de ansiedad, culpa, afectación del sueño y deseo sexual, sensación de cansancio, se percibe la enfermedad como estresante conocer el diagnóstico, vivir con la enfermedad durante el resto de la vida, las probables molestias físicas, demandas económicas, cambio en hábitos, metas, estilo y esperanza de vida entre otros, sin embargo la relación de pareja se presentó como posible factor protector (Cardona, Medina, Herrera y Orozco, 2016)

Por otra parte, los esfuerzos realizados a la fecha aún no son suficientes porque cada día se siguen infectando personas y se evidencia una disminución en el uso del condón a partir de la línea basal en el año 2008 al 2012, lo que implica la estrategia debe ser replanteada e incidir más efectivamente en el cambio de comportamiento en la población (MINSAL 2014)

El VIH/sida es una problemática mundial con muchas aristas y que incide en los gobiernos, iglesia, productividad y en la base de la sociedad: la familia y la persona misma que lo padece, en este proceso de la enfermedad intervienen actores entre ellos el equipo de salud cuyos integrantes en coordinación entre sí, atienden a los sujetos con VIH/sida en

los diferentes estadios de la enfermedad; particularmente el personal de enfermería; quienes laboran en las unidades de salud, en los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y especializados, ECOSF, son considerados en primer eslabón en la entrada al sistema de salud, en el consultorio, en las salas de los hospitales, en las salas de consulta externa, en los grupos de apoyo y que tienen la responsabilidad decisiva en la vida de las personas con VIH y su familia, desarrollando actividades de atención durante la hospitalización al brindar cuidado, en las citas de control, en los grupos de apoyo, en consejería y otras; de tal forma que en este proceso se dan relaciones profesionales entre las personas con VIH y el personal de salud particularmente enfermería.

Según Schütz y Luckmann (2009) el ser humano tiene relaciones mutuas con otras personas como parte de la estructura social en la que ha nacido e incorporado, siendo parte de un sistema social que tiene estructura de interacción familiar, grupos y generaciones, donde hay divisiones de trabajo y diferenciación.

La estigmatización y discriminación de personas con VIH es una muestra que la mayoría de las personas no tienen bases para iniciar una gestión de cambio en las relaciones, relaciones laborales y relación enfermera paciente y además se les dificulta el proceso de interacción con diferentes grupos de personas por el temor de obtener una reacción negativa por parte de la otra persona cuando conoce que la persona tiene el VIH.

Basado en el planteamiento anterior como experiencia profesional en el campo de enfermería desde los años 80 trabajando con pacientes con VIH sida, se observa no había un conocimiento amplio sobre la enfermedad al igual que sus lineamientos normativos y legales por lo tanto, la atención de enfermería muchas veces era prestada con temor a contraer la enfermedad lo que en muchas ocasiones se distanciaba la enfermera del paciente; con el transcurrir de los años, se ha tenido la oportunidad de conocer personas con el VIH, tanto jóvenes, niños huérfanos y adultos (masculino y femenino) y algunas personas líderes y no líderes que fallecieron, experiencias que me ha llevado a conocer su



situación generando la inquietud de cuestionarme con respecto a cómo le han podido hacer frente a la enfermedad.

Además como parte de un equipo interdisciplinario he estado involucrada en organizaciones nacionales e internacionales que me ha dado la oportunidad de conocer más personas diagnosticadas y me han permitido conocer su experiencia y testimonios impactantes sobre cómo vivir con esta enfermedad aislándose dentro del contexto familiar y hospitalario, donde muchas veces han sido objeto del rechazo del personal de enfermería y que ha sido corroborado con su manifestación verbal cuando refieren que la enfermera se pone doble guante para brindarles atención; porque además del tratamiento específico, el apoyo de la familia es para que las personas con VIH experimenten sentirse seguros, protegidos y entendidos (Faler y Abreu, 2016)

En El Salvador un estudio realizado sobre estigma y discriminación en personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia Humana, (ANP+VN, ADS, MINSA, PNUD, 2010), el cual tuvo como finalidad establecer un índice de estigma y discriminación que pueda ser comparable entre varios países, se encontró manifestaciones de estigma interno, tales como decisiones vinculadas a la reproducción, la vida familiar, el trabajo y la educación; y los temores más frecuentes fue sentirse sujeto a murmuraciones, no desean entablar una relación sexual íntima, así como exclusión social de participación en reuniones.

Igualmente en el estudio acerca del diseño de elementos principales que debe contener el sistema de protección social para personas con VIH/sida realizado en El Salvador por ONUSIDA (2010), se encontró que estas personas se sienten violentados en sus derechos por el desconocimiento y los prejuicios sobre el desarrollo y transmisión del VIH al observar que cuando son atendidos el personal se pone mascarillas, refieren retraso o denegación en el acceso, problemas de confidencialidad así como discriminación en la familia, residencia y trabajo, lo que causa incomodidades en las personas con VIH.

Además la encuesta de opinión pública 2009-2011, titulada Estigma y Discriminación en relación al VIH y sida en El Salvador, realizada por USAID, PASCA, (2012), con el objetivo de obtener información a nivel de la población general, sobre percepciones y opiniones que pueden manifestarse en actitudes y prácticas estigmatizantes y discriminatorias asociadas con el VIH y las poblaciones en mayor riesgo, se encontró que los participantes en el estudio opinaron con respecto al ámbito laboral, que el dueño de una empresa debería tener el derecho de solicitar una prueba de sida como prerequisite para el empleo; que los niños con sida, deberían recibir educación aparte y que las trabajadoras sexuales con sida se lo buscaron por su mal comportamiento, lo que evidencia que existe estigmatización y discriminación hacia las personas con que adolecen esta enfermedad.

De acuerdo a la literatura revisada se encontró que existe una vinculación entre prejuicio, estigma y discriminación; comprendiendo el prejuicio como tener ideas anticipadas y pueden ser erradas de una persona surgiendo la posibilidad de hacer juicios sin tener ningún tipo de fundamento y de algún manera se convierten en primeras posibilidad de estigma hacia las personas, entendiendo en el significado tradicional como marca o signo de desgracia o descrédito, marca que no puede ser visible corporalmente y la marca social, es decir el estigma hacia una persona por parte de otras personas.

El estigma interno es aquel en el cual después de percepciones sociales negativas estas se transforman en miedo, ansiedad o daño y se puede manifestar en niveles profundos de auto denigración o reacciones de vergüenza, acusación o culpa. (Peñarrieta, Rivera, Piñones y Quintero, 2006), y luego darse la discriminación, es decir, todos los prejuicios conducen a la implementación de una etiqueta, que nos llevan a hacer una distinción (discriminación) en la atención o en las relaciones interpersonales y esas distinciones infortunadamente nos generan nuevos juicios sin fundamentos, nuevas etiquetas y nuevas formas de discriminación. (Alzate, 2012).

Por otra parte, en Chile por Conejeros, Sánchez, Ferrer, Cabieses y Cianelli, (2010), señala que referente a los conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/Sida, señalaron que algunos estudios muestran que aún existe una gran proporción de enfermeros que exhibe actitudes discriminatorias o negativas sustentadas por conocimientos, mitos y creencias errados que van en detrimento del cuidado de estos pacientes. Dentro de los factores que influyen están las actitudes negativas de los enfermeros se encuentran la falta de compromiso con el cambio hacia los homosexuales, percepciones negativas hacia la promiscuidad sexual, distinción entre pacientes inocentes y culpables según vía de transmisión, e ingresos bajos.

Es innegable que desde la década de los ochenta a la fecha, la salud y la vida de las personas ha sido afectadas por el virus de inmunodeficiencia humana, así como las familias, las personas que le rodean y en la sociedad en general; y después de analizar la información se evidenció que existen muchos estudios relacionados al tema del VIH, pero se conoce poco sobre el tema de las relaciones persona-persona, de allí particularmente a través de estudios en la República de El Salvador y en otros países; es decir, un estudio específico sobre las relaciones persona-persona en sujetos con VIH tal cual se describe no se encontró; por lo que se demuestra la necesidad y la importancia de llevar a cabo el presente estudio; aun así es innegable la ardua labor que se ha realizado el Ministerio de Salud, otras entidades gubernamentales y privadas, organizaciones no gubernamentales, el sector religioso, académico y otros que reconocen que aún se requieren más esfuerzos para comprender desde ya los aspectos físicos, social y espiritual cómo esta condición de enfermedad del VIH afecta a estas personas.

De tal manera que comprendiendo y develando las relaciones, las experiencias previas y actuales en la atención y cuidado se contribuirá a descubrir lo que sucede en este proceso de relaciones tales como la problemática de la discriminación porque es necesario e importante conocer como lo experimentaron o como lo viven las personas con VIH, así como a identificar si existe discriminación por el personal de Enfermería; en el entendido y de acuerdo a la literatura que existe una vinculación entre prejuicio, estigma y

discriminación que al final tiene repercusiones graves en la vida de las personas y la propuesta teórica producto de la investigación generará en un futuro cercano el mejoramiento de la atención de enfermería.

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION**

Con base en la situación planteada en que el personal de enfermería está inmerso en esta problemática de estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo son los procesos de relaciones en personas que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida?

## **1.3 PROPÓSITO**

Construir un “planteamiento teórico” que describa y explique los procesos los procesos de relaciones en personas que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida, a fin de proporcionar guías que fortalezcan el proceso de interacción con las personas diagnosticadas con VIH.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN**

La epidemia del VIH tiene implicaciones y dimensiones de carácter catastrófico constituyéndose en una emergencia mundial, así como un desafío difícil en la vida y dignidad de la persona; además tiene implicaciones de carácter económico afectando a la sociedad, las comunidades, las familias y a las personas. En el avance de esta enfermedad el estigma, el silencio y la negación de la realidad y la falta de confidencialidad tienen implicaciones negativas en las acciones de prevención, atención y tratamiento e incrementan los efectos de la epidemia en las personas que viven con VIH. (Naciones Unidas, 2001).

Además, es importante señalar que el ser humano forma parte de la naturaleza y se considera finito con un ciclo vital de nacimiento, vejez y muerte y en el transcurso de la vida está sujeto a experiencias de salud y enfermedad; Schütz y Luckmann (2009), indican que un ser social en donde a diario y a cada momento establece relaciones lingüísticas o no con sus semejantes, establece relaciones interpersonales con otras personas sean en su sistema o fuera del mismo; y comprendiendo la relación como toda conexión que se da entre dos o más personas, grupos de personas o colectividad; teniendo la característica de ser asociado o disociado, directa o indirecta, inmediata o remota y real o imaginaria. (Fairchild, 2010), pero particularmente las relaciones humanas profesionales como lo señala Medina, (1999) son aquellas que están cimentadas, orientadas y guiadas por la esencias que incluyen el uso terapéutico del Yo, la ayuda, el soporte, la estimulación, la protección y eventualmente la sustitución del otro; las esencias son cualidades únicas y distintivas de Enfermería es decir, el estar ahí, la preocupación por el otro, la transmisión de confianza y esperanza, de tal manera que una de las esencias particulares en los cuidados profesionales son las interacciones de la persona con su contexto relacionados con la salud y la enfermedad.

Dada la complejidad que se da alrededor de la enfermedad emergente en mención, cobra relevancia realizar el presente estudio porque en la práctica de Enfermería, en su accionar diario se establecen relaciones profesionales con las personas afectadas particularmente por esta enfermedad, y se necesitan elementos teóricos o un nuevo conocimiento a fin de entender a las personas que adolecen esta enfermedad ya que se conjugan elementos personales, familiares, sociales y culturales.

Así, la realización del presente estudio develará cómo se dan las relaciones en la vida cotidiana de la persona con VIH con otras personas ya sean en su círculo familiar o fuera de este (conyugue, hijos, otros familiares, amigos, compañeros de trabajo, en la iglesia y personal de salud particularmente el personal de Enfermería), es decir como es vivida las interrelaciones en su entorno familiar y social, los desafíos, actitudes, conductas de las personas con VIH en su vida, de tal manera que permitirá conocer y comprender el

significado de sus experiencias, particularmente las de cuidado, y a partir de la descripción, análisis e interpretación de los datos encontrados conducirá a la construcción de un nuevo “planteamiento conceptual”, como producto del esclarecimiento del fenómeno en estudio.

Esta investigación generará un “planteamiento conceptual” con la finalidad de ampliar el cuerpo de conocimientos de la disciplina de Enfermería y permitirá comprender la vida de las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana. Este estudio es relevante porque permitirá aumentar mediante los resultados delinear y describir el proceso de relaciones en personas que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida.

Del mismo modo con los resultados del estudio, mejorará la comprensión del significado de ser persona positiva a VIH a través del conocimiento de cómo vive esta experiencia y cuál es el significado personal para sí y fortalecerá la atención por el personal de Enfermería lo que se traduce en el mejoramiento y fortalecimiento del cuidado hacia la persona afectada con VIH, porque un elemento fundamental en el cuidar radica en la capacidad de tener empatía y mediante la interacción enfermera-paciente logra una imagen de su patrón de relaciones y experiencias de vida (Smith y Parker, 2015), de igual forma permitirá orientar sobre el cuidado que debe tener la persona con VIH, generando beneficios al grupo familiar y a la sociedad.

## **1.5 OBJETIVO**

Construir el planteamiento teórico que describa y explique los procesos de las relaciones en personas que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO TEÓRICO DEL FENÓMENO**

La realidad de la vida como producto de la vivencia en sociedad, es ante todo la práctica es decir la acción, así Schütz y Luckmann (2009) sostienen que: “la realidad cotidiana del mundo de la vida incluye no solo la naturaleza experimentada por mí, sino también por el mundo social (y por ende el mundo cultural)”

Es a través de las relaciones sociales que se descubren y se comparten ideas, experiencias, intereses, así en una sociedad o grupo social las personas interactúan entre sí. Los miembros de una sociedad también interactúan entre si directamente, de modo semejante, cada vez que obedecemos o desobedecemos un principio moral como el tratar a otros de manera igualitaria y respetuosa de la persona estamos actuando en función de creencias o intereses ampliamente compartidos que también son el producto de la sociedad como conjunto La estructura social, entonces, incluye grandes grupos, como las sociedades y comunidades, y pequeños grupos, como las familias y los amigos. Pero el concepto de estructura social incluye algo más que los modelos o patrones de interacción social y relaciones sociales, es decir la persona cuando nace es miembro de una estructura social que ya existía y seguirá existiendo aun después de él (Schütz y Luckmann, 2009).

### **2.1 EL INTERACCIONISMO SIMBOLICO**

El término “interaccionismo simbólico” es usado para un enfoque relativamente distintivo para el estudio de la vida del grupo humano y la conducta humana, neologismo utilizado

en 1937. Algunos que han utilizado este enfoque o contribuido a su fundación intelectual incluyen a George H. Mead entre otros.

### **2.1.2 NATURALEZA DEL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO**

Blumer describe el interaccionismo simbólico, en tres premisas: Primera: “Los seres humanos actúan hacia las cosas sobre la base de los significados que esas cosas tienen para ellos. (Blumer, 1986) Las cosas son todo lo que el ser humano puede observar en su mundo y lo clasifica en cinco: los objetos físicos (silla), otros seres humanos (mamá), categorías de seres humanos (amigos o enemigos), instituciones (escuela), orientaciones ideales (independencia individual, honestidad), actividades de otros (órdenes/ peticiones) y situaciones como el encuentro individual en la vida diaria.

Segunda premisa: El significado de dichas cosas se derivan de o surgen de la interacción social que uno tiene con el prójimo. (Blumer, 1986), este significado surge mediante el proceso de interacción entre diferentes personas, son productos sociales, constituidos mediante creaciones en y a través de las acciones que definen a las personas a medida que interactúan. La tercera premisa: los significados se manejan en y modifican a través de un proceso interpretativo usado por la persona que trata con las cosas que encuentra a su paso (Blumer, 1986)

Este proceso de significado se da en dos momentos: primero, el actor/ la persona se indica para sí, los objetos hacia los cuales actúa y tienen significado. Estas indicaciones son parte de un proceso social internalizado actuando para sí, es decir la persona implicándose en un proceso de comunicación con sí mismo y segundo, por lo cual este proceso de comunicación, la interpretación se convierte en un problema de manipulación



de significados. Acá la persona selecciona, revisa, suspende, reagrupa y transforma los significados en concordancia con la situación en la cual es colocado y la dirección de su acción.

### **2.1.3 IDEAS BASICAS DE VER LA SOCIEDAD**

El interaccionismo simbólico se fundamenta en una serie de ideas o como lo llama Blumer “ideas iniciales” estas ideas tratan y relatan la naturaleza de los grupos humanos o sociedades, interacción social, objetos, el ser humano como un actor, la acción humana y la interconexión de las líneas de acción y tomadas estas ideas iniciales de manera vinculada representan la forma en la cual el interaccionismo simbólico ve a la sociedad y conducta humana.

#### *2.1.3. a. La naturaleza de la sociedad o vida grupal humana*

Para Blumer los grupos de humanos son un conjunto de seres humanos que participan en una acción, o acciones que las personas realizan en sus vidas al encontrarse el uno al otro y al tratar con la sucesión de las situaciones que enfrentan, pueden actuar de manera individual o colectiva, a título personal o representando alguna organización o grupo de otros, por lo tanto, la distinción es que en los grupos existe en acción y deben ser vistos en términos de acción.

#### *2.1.3.b naturaleza de la acción social*

Sostiene que “La vida en grupo presupone necesariamente que la interacción entre los miembros del grupo; o dicho de otro modo, una sociedad consiste en individuos interactuando unos con otros”. (Blumer, 1986) Las actividades de los miembros ocurren predominantemente en respuesta del uno a otro o en relación a otro. La interacción social es una interacción entre actores, entre personas, no entre factores atribuidos a ellos. El interaccionismo simbólico reconoce a la interacción social de vital importancia porque es un proceso que da lugar a la conducta humana

#### *2.1.3. C. Naturaleza de los objetos.*

La posición del interaccionismo simbólico de Blumer es que los “mundos”, el término “mundo” es más apropiado que la palabra “entorno” para designar el escenario, ambientes y la textura de las cosas que los confrontan, que existen para los seres humanos y para sus grupos están compuestos de “objetos”, en el entendido que el termino objeto se refiere a “cualquier cosa que puede ser señalada o referida, y son el producto de la interacción simbólica” (Blumer, 1986). Los mencionados objetos se clasifican en tres categorías: (a) objetos físicos (sillas, árboles o bicicleta); (b) objetos sociales (estudiantes, pastores, presidente, una mamá o un amigo); y (c) objetos abstractos (principios morales, doctrinas filosóficas o ideas como justicia, explotación)

#### *2.1.3.d. El ser humano como un organismo actuante*

El interaccionismo simbólico reconoce que los seres humanos deben tener una estructura que encaje la naturaleza de la interacción social. El ser humano es visto como un organismo

que no solo responde a otros en el nivel no-simbólico sino también como uno que hace indicaciones a otros e interpreta sus indicaciones. (Blumer, 1982)

La interacción es de índole social una forma de comunicación, con la persona dirigiéndose a sí mismo como tal y respondiéndose a sí mismo. La vida consciente de un individuo consiste en una serie de dichas indicaciones que la persona se hace a sí mismo, indicaciones que el usa para dirigir sus acciones. Tenemos, entonces, una imagen del ser humano como un organismo que interactúa consigo mismo a través de un proceso social de auto formulación de indicaciones.

#### *2.1.3. e. La naturaleza de la acción humana.*

La capacidad del ser humano para hacer indicaciones a si mismo le da un carácter distintivo a la acción humana. Significa que el individuo humano enfrenta un mundo que debe interpretar para actuar en lugar de un entorno al cual responder debido a su organización. (Blumer, 1982) Señala además que a partir de la observación el ser humano considera varias cosas basado en cómo lo interpreta; cosas como deseos y necesidades, medios disponibles para sus logros, las acciones y las anticipadas por otros, la imagen que tiene de sí mismo, así como el probable resultado de determinada acción. En esta serie de pasos, las líneas determinadas de acción pueden iniciarse, concluirse, modificarse, abandonarse, postergarse o limitarse a un simple proyecto con el que se sueña.

#### *2.1.3.f. Interconexión de la acción.*

La vida del grupo humano consiste, y reside en la adaptación de líneas de acción reciproca por los miembros de un grupo. Dicha articulación de líneas de acción surge y constituyen

la “acción conjunta” una organización social de conducta de diferentes actos de diversos participantes, la cual siempre tiene que someterse a un proceso de formación; incluso puede ser una forma de acción bien establecida y repetitiva, cada caso que lo integra tiene que formarse de nuevo. (Blúmer. 1982)

En la implicación de la interconexión que constituye la acción conjunta se identifican dos aspectos el primero se refiere sostener que los casos de la acción conjunta que son repetitivos y estables, porque en la mayoría de situaciones donde las personas actúan con otras, tiene preestablecido un firme entendimiento de cómo será su modo de actuar y como las demás personas responderán y actuarán, es decir comparten significados comunes y preestablecidos y consecuentemente esta persona tiene la capacidad de guiar su comportamiento considerando dichos significados (cultura” y orden social). b.- la acción conjunta ya establecida y repetitiva tiene que formarse de nuevo y el proceso se da utilizando el mismo significado recurrente y constante.

#### **2.1.4. PRINCIPIOS METODOLOGICOS.**

El autor resume y centralizan los principios metodológicos en tres puntos importantes:

(1) La metodología abarca la investigación científica en su totalidad y no solamente alguna parte seleccionada o aspecto de la misma; la metodología se aplica y abarca en todas las partes del acto científico.

(2) Cada parte de la investigación científica deben adaptarse al carácter obstinado del mundo empírico bajo estudio; por lo tanto, los métodos de estudio están subordinados a este mundo y deben ser sujetos verificados por este. Los métodos son solo instrumentos designados para identificar y analizar el mundo empírico.

(3) El mundo empírico bajo estudio y no algún modelo de investigación científica es el que proporciona la respuesta decisiva sobre la investigación emprendida (Blumer,1982)

El mundo social empírico es el mundo de las experiencias cotidianas o cualquier segmento y para sondearlo, señala como procedimientos la exploración y la inspección y representan respectivamente a la descripción y análisis. La exploración puede implicar observación directa, entrevistar personas, sus conversaciones, garantizar las descripciones de la historia de vida, usar cartas y diarios personales, consultar documentos públicos, discusiones de grupo y hacer recuentos de determinados elementos siempre que se considere conveniente. La inspección debe incluir además el análisis es decir un examen intensivo y enfocado del contenido empírico de cualquier elemento como integración, movilidad, asimilación, liderazgo carismático, relación burocrática, moral, actitudes, compromisos institucionales y más.

### **2.1.5 CONSECUENCIAS METODOLÓGICAS**

Las consecuencias metodológicas desde la mirada del interaccionismo simbólico respecto al comportamiento y la vida de los grupos humanos o sea la del mundo social empírico se centran en tres aspectos:

- (1) Si el especialista desea comprender los actos de las personas, es preciso que vea los objetos como ellas los ven, ya que de lo contrario sustituirá los significados de dichos objetos por sus propios significados, por tanto, se despojara de sus propios significados y verá a los objetos como ellos los ven.
- (2) El interaccionismo simbólico considera la vida de grupo como un proceso en el curso del cual las personas, al afrontar diferentes situaciones, señalan líneas de acción a los demás e interpretan las indicaciones que otros les hacen; significa que las personas descifran las indicaciones que otras personas les hacen dentro de un proceso y no aisladamente.
- (3) La acción social consiste en las actividades individuales y colectivas de las personas que intervienen en la interacción social, es decir, aquellas actividades cuya propia formación es fruto de las actividades reciprocas de los individuos, dichas actividades estructuran la incesante vida social de todo grupo humano, tanto si se trata de uno pequeño (una familia) o de uno grande (una nación).
- (4) La compleja interconexión de los actos que configuran las organizaciones, instituciones, división del trabajo y redes de independencia no constituye algo estático, sino dinámico

### **2.1.6 LA SOCIEDAD COMO INTERACCIÓN SIMBÓLICA**

El término “interacción simbólica” se refiere, a la acción particular y distintiva de interacción que se produce entre los seres humanos. Esta característica particular y

distintiva de interacción se da al producirse entre los seres humanos, quienes interpretan o “definen” las acciones de los demás en lugar de solamente reacciones a esas acciones. Implica entonces que la interacción humana esta mediada por el uso de símbolos o distintivos, por la interpretación o por la comprobación del significado de las acciones de los demás. La sociedad humana debe ser vista como como un conjunto que se compone de personas que actúan, y particularmente la vida de una sociedad como algo que se compone de las acciones de los individuos es decir el ser humano como persona en las condiciones sociales realiza diferentes actividades como parte de su convivencia con los demás del grupo, de igual manera al encontrarse e interactuar fuera de este y relacionarse con otros, en concreto la sociedad no es más que individuos interactuando unos con otros; desarrolla la comunicación simbólica a través de símbolos y se manifiesta de tres maneras: el lenguaje hablado, o sea patrones de sonido con significación, el modo de comunicación a través del lenguaje escrito, o sea el registro gráfico del lenguaje hablado, este permite la conservación del aprendizaje y del legado cultural y el lenguaje corporal, que significa el intercambio de mensajes a través de gestos y actitudes corporales; así, el lenguaje es básico para la comunicación en la interacción social conceptualizada como la acción social mediante la cual se afectan mutuamente dos o más individuos (Fairchild, 2010), y una relación social es un modelo continuo de interacción social, es una pauta formal de la conducta, de la interacción entre dos personas o pluralidades.

A continuación, se presentan algunas definiciones de conceptos como son la salud, duelo, riesgo, creencias, síntomas, familia, diagnóstico, confianza, enojo, apoyo, tratamiento, orientación, sentimientos, cuidados de Enfermería, estigma, discriminación, autocuidado, iglesia, responsabilidad, espiritualidad, significado de vida, transitando.

## **2.2 Salud**

El término salud tiene sus raíces en la cultura en la antigüedad donde se cita a Hipócrates quien concibe el término salud como el equilibrio de los cuatro humores del cuerpo: bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema, término que ha evolucionado con el tiempo y producto de esa evolución social, la Organización Mundial de la Salud conceptualizo el termino así: Salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad (OMS, 2006), término que posteriormente fue sometido a revisión estableciendo los elementos que lo integran: estado de adaptación al medio (biológico y social), estado fisiológico de equilibrio, equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación) y perspectiva biológica y social (relaciones familiares y hábitos); además Lalonde (1974) concibe que la salud de una comunidad o grupo está determinada por los estilos y hábitos de vida, medio ambiente, sistema sanitario y la biología humana; señalando como uno de los ejemplos de estilos y hábitos de vida las conductas sexuales de riesgo es decir conducta sexual inadecuada (Acevedo, Martínez y Estario, 2007); de tal manera que la salud un relativo equilibrio, no es estática, donde intervienen varios factores señalados anteriormente y de manera particular los hábitos y el estilo de vida de personas y colectividades que inciden de manera directa en el apareamiento de enfermedades crónicas así como de las emergentes como lo es el VIH

## **2.3 Dolor de perdida, duelo**

El diccionario de sociología señala el duelo como la observancia de formas tradicionales de conducta para expresar el dolor por el pariente fallecido como: reclusión, vestimenta característica auto meditación y otros (Fairchild, 2010); así cuando un ser



querido y apreciado muere y particularmente cuando no se ha tenido tiempo para prepararse para el evento puede ocurrir enojo contra el fallecido por no haberse cuidado, por haberse ido tempranamente, contra los médicos o contra dios, ocurre desesperación, así como negación, al no creer que la persona fallecida no regresara a casa; es importante señalar que con el deceso hay cambios en la familia y aunado a la sensación de pérdida puede haber una inversión de roles consciente o inconscientemente. (Kübler y Kessler, 2004) En esa misma línea el duelo se concibe como la expresión social de la inadaptación del hombre a la muerte, pero al mismo tiempo es también el proceso social de adaptación tendiente a restañar la herida de los supervivientes (Morín, 2007); es decir que las personas no están preparadas para la partida de un ser querido, se guardan cierta conducta socialmente esperada en estos eventos y con el tiempo el dolor de la partida va siendo más suave pero no olvidada.

## **2.4 Relación de riesgo**

El termino riesgo viene del árabe rizq (DRAE,2001) y según Corominas (1973) este término proviene de la palabra risco comprendido como peñasco alto por el peligro que sufren los barcos en su tránsito; de acuerdo al Diccionario Conciso Oxford define riesgo como un nombre masculino y es la posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño; también lo define como la situación en que puede darse esa posibilidad y como daño o perjuicio que puede ser objeto de un contrato de seguro. Por otra parte, en el diccionario de sinónimos y antónimos (2005) son sinónimos para el termino riesgo; peligro, trance, contingencia, inseguridad, lance,

aventura, fatalidad, desgracia, accidente, escollo; de acuerdo al Diccionario. Otros términos usados para riesgo son exposición, albur, ocasión, apuro, dificultad, eventualidad (DSAP,2008); además el Diccionario de la lengua española (2017) lo define como la contingencia o proximidad de un daño; especificando riesgo de crédito, riesgo de interés, riesgo de mercado, riesgo de reinversión, riesgo específico, riesgo operativo. riesgo país, riesgo sistémico, riesgo soberano; el diccionario de sociología de Fairchild no lo define como tal; en términos ambientales riesgo se define como la combinación de una probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias sean negativas siendo los factores que lo componen la amenaza y la vulnerabilidad (CIIEFEN, 2009); ¿por otra parte pero el sociólogo Beck (2006) quien sostiene que la vivencia de riesgos supone un horizonte de seguridad perdida y confianza y Luhmann (2006) en su libro sociología del riesgo lo define como la construcción de un “fenómeno de contingencia ,múltiple que ofrece perspectivas diferentes perspectivas a diferentes observadores y que pueden ocurrir o no daños en el futuro” de tal manera que el futuro se considera incierto considerando porque de alguna manera según el autor lo que a posterior pueda suceder depende de la decisión del presente, así estas afirmaciones del autor el riesgo en términos de tiempo es considerado el presente y el futuro pero no en el pasado.

En el año 2002 la OMS explica que el termino riesgo se entiende y significa una probabilidad, un factor que aumenta una probabilidad, una consecuencia de y como una adversidad y caracteriza los tipos de riesgo como riesgo conocido, desconocido, poco temido y muy temido y la misma organización años más tarde define factor de riesgo como “ cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad

de sufrir una enfermedad o lesión” señalando entre las que cita las prácticas sexuales de riesgo. (OMS, 2017) y se encontraron en la revisión documental de diferentes estudios así:

En Rusia Balachova et al; (2017) indagaron el riesgo de alcohol y VIH entre mujeres rusas en edad fértil encontrando que el efecto directo del consumo de alcohol antes del sexo en los riesgos de VIH / ITS fue siete veces mayor que los efectos directos del consumo general de alcohol. Este hallazgo enfatiza el rol específico del consumo de alcohol antes del sexo por parte de una mujer como una de las principales conductas de riesgo para la salud de la mujer. Por lo que teniendo en cuenta que una gran mayoría de las mujeres consume alcohol y el consumo de riesgo prevalece entre las mujeres jóvenes en muchos países, es probable que la reducción del consumo de alcohol en mujeres reduzca la transmisión del VIH / ITS.

En Estados Unidos Loeliger et al; (2017) investigaron sobre las diferencias de género en conductas de riesgo de VIH entre personas involucradas en el sistema de justicia penal y que viven con VIH o en riesgo de contraer el VIH: un consorcio de armonización de "búsqueda, prueba, tratamiento y conservación", SIDA considerando que La población de justicia penal femenina (CJ) está creciendo rápidamente y faltan estudios a gran escala que exploren comportamientos de riesgo de VIH específicos de género en esta población de CJ; se revisaron y combinaron ocho estudios encontrando que Entre 784 participantes VIH-positivos (21,4% mujeres) y 5521 personas VIH negativas (8,5% mujeres), las mujeres VIH-positivas tenían mayores probabilidades que los hombres VIH-positivos de participar en relaciones sexuales sin condón (AOR con socios potencialmente serodiscordantes concluyendo que se necesitan urgentemente intervenciones de reducción

del riesgo de VIH dirigidas a mujeres con VIH involucradas en CJ ya que esta población puede representar una fuente potencial de transmisión del VIH poco reconocida.

Por otra parte en Guatemala Anderson et al; (2016) exploraron los obstáculos para las pruebas de VIH, encontrando que en general, los entrevistados afirmaron que las trabajadoras sexuales, los homosexuales y los individuos con muchas parejas sexuales se encuentran en mayor riesgo de contraer el virus, pero los individuos que no pertenecen a esos grupos no tienen necesariamente un riesgo, elevado de contraerlo; en este estudio se evidencia claramente el termino riesgo asociado a la probabilidad de vivir con la enfermedad de VIH

En la Guyana Francesa Eubaks et al; (2018) indagaron los factores asociados con el comportamiento de riesgo sexual de los migrantes urbanos precarios, señalando que la vulnerabilidad y la pobreza confluyen para aumentar la posibilidad a los migrantes a involucrarse en riesgos sexuales. Además, entre los que estaban en riesgo las mujeres no usaron condón con su pareja habitual, no se habían sometido recientemente o nunca a la prueba de VIH estando con menos probabilidades de estar conscientes de estar en riesgo

Otro estudio realizado en Paraguay por Ortiz, Estigarribia, Kawabata, Muñoz, Schwartz y Miranda (2017) para describir los comportamientos de riesgo para transmisión de VIH en mujeres indígenas concluyendo que las desigualdades socioeconómicas que enfrentan los pueblos indígenas incluyen: la pobreza, el uso indebido de sustancias, la falta de vivienda y el acceso desigual a la atención de salud conllevan un mayor riesgo de infección por VIH y son pocas las estrategias de prevención sensibles al

género, y menos se han centrado en las mujeres indígenas, por lo que se hace necesario las intervenciones deben estar enmarcadas a la interculturalidad y la cosmovisión indígena.

Ponce, Muñoz y Stival (2017) realizaron una revisión y análisis documental denominada pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno en 304 materiales publicados encontrando que particularmente la migración no es una conducta de riesgo pero si es un factor de vulnerabilidad al VIH; porque al suceder los procesos migratorios, la sexualidad, su conducta sexual de algunas personas cambia al estar fuera del control familiar y comunitario, experimentan soledad y por necesidad o no se pueden generar relacionamientos y contactos con diversos sectores sociales de tal manera que se dan situaciones que propician conductas de riesgo entre estas relaciones sexuales violentas, obligadas o a veces libres y placenteras sin protección.

En México Ortiz, Estigarribia, Kawabata, Muñoz, Schwartz y Miranda (2017) investigaron los conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares siendo los principales hallazgos que los conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en el uso de condón en hombres adolescentes de nivel secundaria se asocian con que los padres les hablen sobre temas de sexualidad, y que los adolescentes manifiesten agrado por asistir a la escuela. Complementariamente el hecho que los docentes les hablen frecuentemente o muy frecuentemente sobre género y la edad están relacionados con los conocimientos sobre riesgo de embarazo.

Y también en México Ulloa, Castillo y Moreno (2016) estudiaron los factores de riesgo asociados a bajo peso al nacimiento porque los recién nacidos (RN) con bajo peso al nacimiento (BPN) tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en comparación con RN con peso adecuado al nacer y su frecuencia se ha incrementado en los últimos años en México, principalmente en la Ciudad de México y concluyeron que la frecuencia de bajo peso al nacer en recién nacidos a término en este estudio fue de 10% y los factores de riesgo que se asociaron significativamente fueron tabaquismo, poco incremento de peso materno, infección vaginal e infección de vías urinarias durante el embarazo

Por otra parte, se evidencia que tener hábitos nocivos a la salud (alcohol) es riesgo al VIH, Balachova et al (2017); vinculan relaciones sin condón al VIH, Loeliger et al; (2017), mientras que Anderson et al. (2016) asocio el termino riesgo a probabilidades de vivir con VIH; los conocimientos sobre riesgo de embarazos se asocian a la comunicación con los padres y los profesores respecto al uso del condón, Ortiz, Estigarribia, Kawabata, Muñoz, Schwartz y Miranda (2017); además como se estudió a recién nacidos con bajo peso al nacer y los factores de riesgo que se asociaron significativamente fueron tabaquismo, poco incremento de peso materno, infección vaginal e infección de vías urinarias durante el embarazo; Ulloa, Castillo y Moreno (2016); mientras que en dos de los estudios vinculan los términos migración-vulnerabilidad- riesgo de tener VIH (dos)uno de ellos presenta que la migración es factor de vulnerabilidad al VIH ; Ponce, Muños y Stival (2017) y Eubaks el al (2018) señala la vulnerabilidad y la pobreza a que los migrantes se involucren en riesgos sexuales.

## **2.5 Creencias**

Se conciben las creencias a la aceptación como verdadera de alguna proposición que no ha sido o no puede ser probada empleando el método científico (Fairchild, 2010); por otra parte las creencias que las personas tiene sobre la salud también influyen sobre sus hábitos; así las personas experimentan la vulnerabilidad porque tienden a ver el futuro de la salud de un modo excesivamente optimista y poco prudente existiendo personas que tratan de compensar ese riesgo al estar conscientes que algunos hábitos le son nocivos a la salud como alimentación o el tabaco, se convencen y lo tratan de compensar con la práctica de otros hábitos como asistir al gimnasio compensando los hábitos insalubres (Vásquez, 2015); por otra parte existen creencias transmitidas de generación en generación, son parte de la cultura y no han sido probadas científicamente como lo es el creer en el daño de unas personas a otras, o que la llegada de una mariposa negra es señal de enfermedad o daño.

## **2.6 Síntomas**

Los síntomas suelen señalarse como una señal de un potencial problema físico (Vásquez, 2015); los síntomas se dan cuando “la perturbación se ha anidado en el cuerpo y en el alma” más grave, más duradera que constituye un estado de enfermedad y debilidad y finalmente está el mal inveterado que escapa a toda curación posible (Foucault, 1987)

## **2.7 Familia**

El diccionario de sociología (Fairchild,2010) conceptualiza la familia como la institución social básica; mientras que la ONU (1948) establece que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la

sociedad y el estado; además el (IPF,2009) declaran que la familia natural es la unión matrimonial entre el hombre y la mujer para toda la vida, con el fin de acoger y cuidar la vida humana nueva, de proporcionar amor, compañía y apoyo mutuo en la construcción de un hogar rico en funciones, y de fortalecer los vínculos entre generaciones y el Código de familia Art. 2. La familia es el grupo social permanente, constituido por el matrimonio, la unión no matrimonial o el parentesco. (Asamblea Legislativa, 1994) en este sentido y congruente con la temática del VIH, Engels (1884-2017) afirma que la familia del proletario ya no es monogamia en el sentido estricto de la palabra, ni aun con el amor más apasionado y la más absoluta fidelidad de los conyugues y a pesar de todas las bendiciones espirituales y temporales posibles; significa que se concibe la familia como el fundamento y el continuo de la sociedad sean mediante unión matrimonial o no, sin embargo el hecho de tener un vínculo legal no lo hace explícito a la monogamia sino se expone a las relaciones de riesgo extra matrimoniales o con otra pareja con quien se convive de manera estable.

## **2.8 Confianza**

La confianza es creer por completo en sus propios actos. (Goffman, 1959:29); la confianza es el más amplio sentido de fe en las expectativas de uno, es un hecho básico de la vida social. En muchas situaciones, el hombre puede en ciertos aspectos decidir si otorga confianza o no. (Luhmann, 1959:29); así la confianza significa creer en mí, en mis capacidades y a la vez creer en el otro, esperando lo mismo de la otra persona.

## **2.9 Enojo**



Es una reacción a algún suceso o situación de la vida que nos causa irritación, dolor u otro disgusto. El enojo es la emoción que nos pone en contra de la persona, lugar u objeto que provoco la emoción, es lo opuesto al amor. (Chapman, 2009: 18), el enojo limita el razonamiento y altera las funciones vitales y las causantes pueden diversas ya sea cosas, personas o situaciones de la vida cotidiana.

## **2.10 Sentimientos**

Dentro de otros sentimientos que emergen de los participantes están: el sufrimiento (aflicción, preocupación, cuestionamiento), deseo de morir, vergüenza, tristeza, miedo, llanto, incertidumbre entre otros

El sufrimiento significa aflicción impuesta, es de carácter individual y persona, está relacionado con la edad; se incrementa con la ansiedad y preocupación por sentir que se ha perdido la identidad. El sufrimiento asociado a enfermedades físicas está asociado a impotencia y la enfermedad genera preguntas que no tiene respuesta. (Drane, 2009); cualquier sufrimiento fuerte o débil, ocupa la conciencia y el alma del hombre. De donde se deduce que el “tamaño” del sufrimiento humano es absolutamente relativo y a la inversa, la cosa más menuda puede generar mayores alegrías. (Frankl, 1971: 71); sufrimiento como otros sentimientos es personal e intangible y no existe una dosis máxima o mínima para alterar o deteriorar a la persona.

EL concepto sufrimiento contiene entre sus componentes los prefijos sub-bajo, ferre-llevar y mento-modo y según la Real Academia Española lo defina como “padecimiento, dolor, pena” (RAE, 2017); mientras que los sinónimos de sufrimiento son tormento,

angustia, pesadumbre, mal, suplicio (DSP, 2008); además tolerancia, padecimiento, daño, mal, tortura, dolencia, malestar, achaque, trago, estoicismo, perseverancia, entereza, resistencia, conformidad, paciencia, aguante, aflicción, agobio, amargura, calvario, clavo, congoja, vía crucis, crucifixión, espina, fatiga, martirio, odisea, padecimiento, pesar, purgatorio, sacrificio, suplicio y tribulación. (DSA, 2005) Los estudios referentes al sufrimiento son:

En Sud África Mendenhall & Norris (2015) indagaron en un municipio sudafricano respecto a sufrir cuando el VIH es común y la diabetes es nueva, encontrando que la violencia estructural y los persistentes problemas sociales pueden ser la base de una morbilidad psicológica tan alta. Y, de hecho, es la convergencia sindrómica del sufrimiento social, psicológico y físico lo que compromete la salud de las mujeres.

En Colombia Lopera (2018) investigo acerca de las barreras a la expresión del sufrimiento en personas con esclerosis múltiple, caracterizado por dolor físico persistente ocasionado por disestesias en las extremidades, neuralgia del trigémino entre otros y la persistencia de muchas alteraciones sensitivas, motoras y funcionales puede generar dolor de orden emocional, que conlleva al sufrimiento catalogado como un estado que se advierte ante la amenaza a la integridad personal, ocasionada por la impotencia ante ello. La esclerosis múltiple suele acompañarse de cuadros depresivos que puede generar sufrimiento, el cual también hace parte de las características usuales de los trastornos de ánimo, los cuales conllevan una alta carga de malestar. Pero el sufrimiento parece que es rechazado en la vida de estas personas, pues sus relatos evidencian que encuentran barreras para expresarlo y en algunos casos tienden al aislamiento, lo cual deriva en decremento de

la utilización de los servicios de salud, en consecuencia, empeoramiento de su salud y de su calidad de vida.

En Chile Álvarez, Cerda, Tardoya y Arriagada (2018) investigaron acerca de la depresión e ideación suicida en funcionarios de gendarmería pertenecientes a guardia armada del complejo penitenciario de Acha y CIP CRC encontrando que la depresión es diferente a las variaciones habituales de estado de ánimo y de las respuestas a los problemas de la vida cotidiana por lo que se hace suponer que al ser de larga duración y de intensidad de moderada a grave puede causar sufrimiento y alteraciones de trabajo

Por otra parte , Silva (2017) realizó una investigación referente al sufrimiento laboral en el equipo de un centro de salud familiar rural del sur de Chile, en un estudio cualitativo siendo los resultados que el sufrimiento laboral está presente en el equipo de salud estudiado, originadas en una serie de determinantes institucionales, contextuales y grupales que no pueden ser aislados unos de otros, entre las que se menciona las exigencias institucionales que el equipo debe cumplir y la cualidad de las relaciones que se establecen entre personas, interactúan entre sí creando un panorama complejo, en que cada persona se ve confrontada con exigencias que ponen a prueba su subjetividad. Las manifestaciones del sufrimiento y el placer en el trabajo varían de persona a persona.

Palmer (2018 ) realizó una investigación relacionada a reducir el sufrimiento y el uso de la medicación en pacientes con demencia y entre los hallazgos importantes se menciona que las intervenciones personalizadas a los ancianos fueron dirigidas a la asistencia de : 1) las necesidades básicas(eliminación, alimentación, confort referido al alivio del dolor) y 2) intervenciones individuales iniciales por enfermería relacionados a la

ayuda o facilitar la realización, proporcionar interacciones de distracción (mensaje a la familia o masaje ) lo que trajo como consecuencia que estas intervenciones mejoraron los síntomas de demencia; por ello la formación continuada relacionada a las necesidades básicas así como la valoración y el control del dolor es fundamental siendo importante ser capaz de identificar las causas del sufrimiento y a partir de ahí, aplicar intervenciones no farmacológicas para reducir la sintomatología.

Garzón, Villaroel y Mejía (2018) en un estudio denominado el suicidio: devela situaciones que generan sufrimiento en una escuela secundaria para indaga sobre los procesos vinculares, grupales e institucionales, que expresaron sufrimiento y creatividad en instituciones educativas de nivel secundario; en referencia a la situación del suicidio ocurrido en la escuela y el impacto de este en los procesos subjetivos de los grupos de pares en la institución de referencia se intenta compartir una definición sobre el sufrimiento y su huella en la subjetividad; y se podría conceptualizar como un sentimiento en el que se vivencia la imposibilidad de sostén, los vínculos con el afuera (mundo externo) se ven cuestionados e impacta en la subjetividad y sus cimientos: la interrelación con un otro.

Además, Montalvo, Cabrera, y Quiñonez (2012) indagaron en una revisión de literatura acerca de la enfermedad crónica y el sufrimiento encontrando que el sufrimiento es una experiencia que abarca todos los aspectos de la existencia de una persona, siendo entonces individual y una experiencia subjetiva vivenciada solo por quien lo padece. El sufrimiento puede ser causado por múltiples factores, entre ellos físicos, psicológicos, socioculturales, espirituales y existenciales: Es común encontrar que la persistencia de

alguna de las causas del sufrimiento genere o exacerbe otros aspectos del sufrimiento total en el paciente y su familia.

### **2.11. Deseo de morir/ desaparecer**

Ambos deseos están vinculados fuertemente con el suicidio y la tentativa del mismo conceptualizado como ser todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado. La tentativa sería el mismo acto cuando no llega a término y no arroja como resultado la muerte. (Durkheim, 1897); en ocasiones la persona razona al pensar en sus seres que ama y encuentra una razón poderosa para seguir adelante con su vida.

### **2.12 Apoyo**

El termino apoyo proviene de raíces latinas y significa:” lo que sostiene, ayuda, confianza” y entre sus componentes se encuentran el prefijo ad-(hacia) y pódium(pedestal) y según la Real Academia Española lo define como de la misma manera apoyo (RAE, 2017); mientras que los sinónimos son acostamiento, amparo, apeo, apoyadura, apuntalamiento, arrimadero, arrimo, asenso, asistencia, asnilla, auxilio, ayuda, báculo, basa, basamento, base, bastón, brazo, columna, contrafuerte, cooperación, cuña, egida, embarazo, entibo, espaldarazo, estribo, facistol, fondo, fondos, fundamento, fundamentos, impugnación, larguero, muleta, peana, pilar, pivote, plinto, promoción, protección, puntal, refuerzo, rémora, respaldo, simpatía, socorro, solidaridad. (DSA, 2005) además sostén, soporte, respaldo, asiento, sustentación, protección. (DSAP, 2014) Los estudios relacionados al apoyo son:

En Bosnia y Herzegovina Niškanović, & Šiljak (2015) realizaron un estudio denominado apoyo social, salud autopercebida y estado mental de la población general de la República de Srpska con el objetivo detectar el nivel de apoyo social y la relación entre apoyo social, salud auto percibida y bienestar mental, encontrando que el nivel de apoyo social era el más bajo entre la población más mayor, con más bajo nivel educativo, desempleados y solteros. Había una relación presente entre el apoyo social, la salud auto percibida y la salud mental (angustia / estrés y vitalidad). Y, además, se descubrió que los hombres solían vivir solos dependiendo de la ayuda de los vecinos, mientras que las mujeres vivían principalmente con otros miembros de la familia y dependían más de las personas cercanas a ellos.

En España Bueno, Buz, Navarro, y López (2017) realizaron una investigación con el objetivo de describir los niveles de reciprocidad en las redes sociales de personas mayores españolas en función de su estado civil y encontraron que en términos generales las mujeres para las mujeres, el apoyo emocional (recibido y dado) entre parejas se relacionaba significativamente con un mejor bienestar .Por otra parte para las personas mayor no parece ser el balance final, sino la existencia de sus hermanos con los que intercambiar apoyo emocional y con los amigos , tanto en las relaciones de apoyo instrumental como emocional, además de los intercambios equitativos, aquellos en que la persona mayor da más apoyo del que recibe, producen los niveles más elevados de satisfacción vital. De tal manera que la capacidad de proporcionar apoyo a los amigos y el sentimiento de autonomía generado podrían estar asociados a esos niveles de satisfacción vital elevados en esta etapa de la vida

En Colombia Pérez, Gonzales, Miele y Uribe, (2017) en un estudio denominado relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológico. y que tenía como objetivo describir las relaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas, el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento se encontró que los pacientes con apoyo emocional medio son hombres solteros mayores de 60 años, cuyo diagnóstico fue cáncer de esófago, páncreas, próstata o linfoma y se les aplicaron tratamientos de quimioterapia, radioterapia, cirugía y fármacos o solo quimioterapia y radioterapia, pero particularmente los pacientes que presentaron un apoyo emocional alto son mujeres casadas, menores de 40 años, con diagnóstico de cáncer de mama entre 18 y 24 meses, con tratamiento fue quimioterapia, radioterapia y cirugía. En donde la mayoría percibieron apoyo social eficaz, puntualizando más apoyo emocional que en las otras dimensiones del apoyo social

En España García, Hombrados, Gómez, Palma y Millán (2016) indagaron en Málaga el apoyo social, resiliencia y región de origen en la salud mental y la satisfacción vital de los inmigrantes (África, Asia, Latinoamérica y Europa del Este) y se comprobó que cuando se percibe apoyo de la familia, este es el mejor protector para la salud mental de los inmigrantes, con la particularidad que la población latinoamericana participante en el estudio obtuvo mejores índices en las variables analizadas.

Por otra parte, Teherán et al. (2017) Investigaron en Colombia acerca de la relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2, encontrando que la media de apoyo social fue más alta en el grupo de pacientes sin complicaciones agudas de diabetes mellitus tipo 2 en relación con los que presentaron complicaciones. El núcleo

familiar puede adaptarse y reforzar su red de apoyo a través de la incorporación de nuevos proveedores y la transformación de roles, que permitan cubrir las necesidades del paciente, en busca de lograr la mayor funcionalidad posible. La intervención temprana en componentes del apoyo social puede ser una estrategia de prevención secundaria, adicional al manejo médico establecido.

Además, en Portugal Orgambidez y Borrego (2017) realizaron una investigación denominada apoyo social y cohesión como antecedentes de la satisfacción laboral en personal de enfermería encontrando que el apoyo social (de supervisores y de colegas) y la cohesión en el trabajo aparecen como elementos que permiten el diseño de intervenciones para aumentar la satisfacción laboral en profesionales de enfermería.

En Corea Hye et al. (2015) realizaron un estudio para indagar las relaciones entre la empatía, el estrés y el apoyo social entre los estudiantes de medicina, en un estudio cuantitativo encontrando que la empatía y el apoyo social se correlacionaron positivamente, y la empatía y el estrés se correlacionaron negativamente concluyendo que los educadores médicos deben proporcionar los medios para fomentar la resiliencia contra el estrés o el alivio del estrés, y para mejorar el apoyo social, a fin de aumentar o mantener la empatía a largo plazo. Además, se debe enfatizar el manejo del estrés, particularmente entre las alumnas y los estudiantes de primer año.

### **2.13 Cuidados de Enfermería**

Desde su origen el ser humano se interrelaciona, se cuidaban unos a otros a fin inicialmente de mantener la supervivencia, actividad que distaba de ser oficio o profesión, pero se hacía entre los allegados de su entorno. El filósofo Boff (2002) afirma que el



humano la persona sin el cuidado deja de ser humano porque es imperativo recibir cuidado, desde el nacimiento hasta la muerte, caso contrario se desarticula, se debilita, pierde sentido y fallece y muy acertadamente sostiene que durante el ciclo vital las actividades que realice de la índole que sean estas deben ser ejecutadas con cuidado, y en el caso de que realice lo contrario se perjudicara a sí mismo y a quienes se encuentren a su alrededor. Por otra parte, el autor sostiene que el cuidado incluye dos significados básicos, que además tiene una relación entre ambos: por un lado, está la actitud de desvelo, interés y atención para con el otro y por otro esta la preocupación e inquietud, porque la persona a quien se le brinda cuidado se sienta envuelta y afectivamente unida al otro.

Por otra parte Colliere (2009) señala el cuidar como un acto de vida, lo cataloga como un acto individual, de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona de manera temporal, continua o como ayuda a sus funciones vitales, cuidado que se brinda a través de las diferentes etapas del ciclo vital; establece una diferenciación de los cuidados relacionados con las funciones de la vida como son los de curación relacionados con la curación, la reparación de los aspectos que obstaculizan la vida y los cuidados cotidianos, de costumbre o habituales, los permanentes cuya única función es mantener la vida. También diferencia los cuidados cotidianos (alimentación, higiene y las relaciones que implican) los cuales se relacionan con hábitos, costumbres y creencias, determinan lo bueno y lo malo para conservar y mantener la vida; en alguna situación se hace necesario tanto de los cuidados de habituales para el mantenimiento y los encaminados a la curación, ambos en alguna etapa de la vida se hacen necesarios, pero no son excluyentes uno a otro. Complementariamente Colliere (2009) sostiene que los cuidados de Enfermería tienen

como única finalidad desarrollar la capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva o social.

Además, Mayeroff (1971) sostiene que, al cuidar a otros, sirviéndolos a través del cuidado, como una extensión de sí en la cual el ser humano vive el significado de su propia vida, pero si la devoción se rompe el cuidado también se rompe. El cuidado está compuesto de ocho elementos, como son: conocimiento, los ritmos alternantes, la paciencia, la honestidad, la confianza, la humildad, la esperanza y el coraje; el conocimiento se comprende como el saber quién es la otra persona con sus fortalezas y limitaciones, sus necesidades y lo que necesita para su crecimiento; pero al mismo tiempo quien brinda el cuidado debe saber cómo responder a sus necesidades, y de igual forma también conocer sus fortalezas y limitaciones; los ritmos alternantes se conciben como el acto de moverse hacia adelante y hacia atrás, de igual manera es valorar si las acciones realizadas ayudan o no a la otra persona y en base a los resultados tener la capacidad de mantener o modificar el comportamiento para poder ayudar; la paciencia es la acción en la cual se permite que el otro crezca en su propio tiempo ya su manera, por lo tanto se debe estar presente para la otra persona y escuchar, dar espacio para pensar y sentir; la honestidad implica ser genuino en el cuidado siendo coherente entre el pensamiento y lo que se dice a la otra persona a quien se le brinda cuidado; la confianza en el otro significa dejar ir, a pesar de ser un elemento de riesgo se espera que el otro aprenda de sus errores y además confiar en las capacidades personales de poder cuidar; la humildad significa superar el hecho de ser presumido, arrogante por lo se debe mostrar cómo se es, estar en la disponibilidad de aprender del otro y considerando que es cuidado que se brinda no es privilegiado; la

esperanza como expresión de un presente en el que mezclan el ser vivo con posibilidad, que permite se almacene brío, energías y en consecuencia impulsa el poder; no se concibe como algo pasivo a la espera de un evento en la que no somos partícipes ni como algo que sucede fuera de la persona y el coraje concebido como el acto de confiar en el otro para crecer y en la capacidad personal de cuidar es lo que impulsa la fuerza, el coraje para ir a lo desconocido; por lo tanto el cuidado de Enfermería se refiere todos aquellos cuidados brindados por la enfermera en los que medían el conocimiento, los ritmos alternantes, la paciencia, la honestidad, la confianza, la humildad, la esperanza y el coraje.

#### **2.14 Estigma**

El estigma es un atributo profundamente desacreditador y se refiere a ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente a los demás y lo convierte en alguien menos apetecible- en casos extremos una persona malvada, débil o peligrosa en consecuencia la persona carente de saludable realimentación del intercambio social cotidiano con las demás personas puede volverse desconfiada, depresiva, hostil, ansiosa y aturdida (Goffman, 2006: 12) y la discriminación se refiere al tratamiento injusto y malintencionado de una persona a causa del estado físico y/o mental de un individuo (ONUSIDA, 2008).

#### **2.15 Espiritualidad**

El termino espiritualidad es conceptualizado como naturaleza y condición de espiritual, cualidad de las cosas espiritualizadas o reducidas a la condición de eclesiásticas, obra o cosa espiritual y conjunto de ideas referentes a la vida espiritual. (RAE, 2014); el diccionario Oxford lo conceptualiza como la cualidad de las personas o de las cosas

espirituales y el conjunto de los principios o actitudes que configuran la vida espiritual de una persona o de un colectivo; también se conceptualiza anímico, psíquico, inmaterial, psicológico, subjetivo (DSAP, 2005); y como un estado interior cuya posesión es el bien de salvación, clave en las religiones de redención (Weber, 2017)

Por otra parte, es importante señalar que el concepto espiritualidad está ligado al reconocimiento de un ser superior el cual ha sido utilizado a lo largo de la historia a manera de ejemplo se encuentra el termino bíblico: Y tu amaras a Yave, tu Dios con todo tu corazón, con toda tu alma y con todas tus fuerzas (Deuteronomio, 6:5); mientras que la enfermera fundadora de la enfermería moderna reconoce la existencia de un ser superior al afirmar en su libro notas de enfermería que es y que no es así: Si, Dios siempre justifica sus caminos. Él está enseñando mientras que usted no aprende (Nightingale, 1991); además Gandhi afirma: cuando el arte y la ciencia son verdaderos, no tienden a convertirse en algo temporal y privado, sino en algo eterno y universal; buscan la verdad y el significado para la vida; buscan a Dios para el alma... (Gandhi, 2005) Los estudios referentes a la espiritualidad son:

En México Ortega, Ojeda, Ortiz y Guerrero (2016) realizaron una revisión de literatura con el objetivo de analizar el concepto de espiritualidad como una característica esencial del cuidado de enfermería mediante la revisión de literatura, encontrado que es la búsqueda interna de significado independientemente de la religión y las definiciones tienen tres perspectivas: la intrínseca, que se origina en el interior del individuo; la religiosa, que no se limita a las reglas religiosas, permite trascender, acompañado de sentimiento de estar conectado consigo mismo, los demás y el universo. La espiritualidad

es una fuente de vigor natural, una virtud que alienta y da fortaleza y paz al ser humano, y cuyos efectos alcanzan a otras personas (Ortega, Ojeda, Ortiz y guerrero, 2016)

En Estados Unidos Lesson et al (2015) realizaron una investigación para indagar los cambios en la espiritualidad en pacientes con cáncer hematológico que se recuperan del TCMH y las relaciones entre la espiritualidad y las dimensiones de la calidad de vida después del TCMH siendo los hallazgos que la espiritualidad es un dominio relativamente flexible que puede desempeñar un papel positivo en la recuperación de trasplantes en individuos con cánceres hematológicos sometidos a un TCMH; y los pacientes con un alto significado / paz eran más resistentes a la depresión, y este efecto de amortiguación pareció ser particularmente cierto temprano después del trasplante. Además, la espiritualidad persiste más allá de los 6 meses posteriores al trasplante, así como la fe religiosa aumenta.

En Brasil Leite y Rodríguez (2014) realizaron un estudio a fin de comprender el significado de la espiritualidad para los pacientes diabéticos, en correlación con su calidad de vida y se demostró que el significado de la espiritualidad para ellas está vinculado a aspectos religiosos, se aferran a ser capaces de vivir con diabetes y así mejorar su calidad de vida

En México Cervantes et al, (2018) realizaron una investigación para identificar valores y la espiritualidad en adolescentes de preparatoria y determinar la relación que existe entre los valores y la espiritualidad con el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria y se encontró que a mayores creencias espirituales menor es la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión, así quienes tienen mayores creencias espirituales tienden a conductas saludables, así mismo, se encontró que mayores

necesidades espirituales mayor es el consumo dañino; concluyendo que ciertos componentes de la espiritualidad podrían fungir como factores protectores para el consumo de alcohol desconociendo la forma como los valores y la espiritualidad modifican las conductas respecto al consumo y no consumo de alcohol en adolescentes.

En México Hinojosa et al (2018) realizaron un estudio para identificar como la espiritualidad y el apoyo social, son componentes esenciales para afrontar positivamente los eventos que se derivan de convivir con una persona con dependencia al alcohol, encontrando que el mayor porcentaje fueron mujeres y responde quizá al hecho del rol de cuidador que se ha atribuido cultural y socialmente al género femenino como una forma innata, dentro del grupo no se maneja el término religiosidad, sino el de espiritualidad, la cual relacionan con Dios o un poder superior. En relación a la espiritualidad y el bienestar psicológico se documentó relación y efecto positivo y significativo entre ambas variables, esto podría suceder por el hecho de que las participantes en el estudio forman parte de un grupo de ayuda mutua, donde la espiritualidad es un componente esencial finalmente se identificó que la espiritualidad y el apoyo social, son elementos esenciales para afrontar positivamente los eventos derivados de convivir con una persona dependiente del alcohol

En México Yáñez, Villar y Alonso (2018) realizaron un estudio para identificar la relación entre espiritualidad, auto trascendencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios encontrando que la media de inicio de consumo es menor a los 17 años, mientras que la prevalencia de consumo de alcohol global se presentó en tres cuartas partes de la muestra y con promedio de cinco bebidas por ocasión de consumo, por otra parte, presentan una espiritualidad elevada. Así referente a esas variables más el consumo de

alcohol no encontró relación significativa, a no ser en la dimensión de prácticas espirituales que se mostró negativa y estadísticamente significativa (quienes tenían prácticas espirituales consumían más alcohol), estos datos y otros corroboran la mayoría de los hallazgos de la literatura científica.

## **2.16 Significado de vida**

El término significado de vida tiene como componente significado y vida pero que en su composición cobra sentido la unión de las dos palabras mencionadas. El término significado se conceptualiza como significas (RAE, 2014), y el verbo significar del latín *significare* significa en términos lingüísticos expresar o representar un concepto, valer, tener importancia hacerse notar o distinguirse por alguna cualidad. (RAE, 2014) y el diccionario Oxford (2018) lo conceptualiza como idea o concepto que representa o evocan elementos, que evoca cualquier signo o fenómeno interpretable, además significa la práctica regular de actividades religiosas ha reducido el riesgo de muerte de manera significativa (DSAP, 2018) y el diccionario de sociología no lo comprende (Fairchild, 2010) ; complementariamente el término vida que proviene del latín *vita* significa fuerza o actividad esencial, energía de los seres orgánicos, hecho de estar, ser vivo, existencia de seres vivos en un lugar, manera de vivir, actividad que desarrolla una persona o una comunidad, tiempo que transcurre desde el nacimiento de un ser hasta su muerte o hasta el presente, duración de una cosa, narración de los hechos principales de la vida de una persona, vitalidad de una persona o de una cosa, cosa que origina suma complacencia, que contribuye o sirve al ser o conservación de otra, conjunto de los bienes necesarios para vivir y existencia después de la muerte.(RAE, 2014); también significa propiedad o

cualidad esencial de los animales y las plantas, por la cual evolucionan, se adaptan al medio, se desarrollan y se reproducen, existencia de los seres que tienen esa propiedad, conjunto de los seres vivos, modo de vivir una persona, según sus hábitos o las circunstancias que le rodean (Oxford,2018), además significa existencia, subsistencia, supervivencia, persistencia, duración, vivir (DSAP, 2018) Los estudios referente a la espiritualidad son:

En Perú Huamani (2017) se realizó un estudio para explorar el sentido de vida en familiares cuidadores de personas diagnosticadas con cáncer encontrando que la mayoría de los cuidadores sienten cumplir con un propósito en la vida que les permite un crecimiento personal importante y en algunos casos, incluso, fortalece la unión familiar, se percibe como menos compleja dependiendo del apoyo con que cuentan los cuidadores, por otra parte el significado del hacer reafirma positiva o negativamente la identidad de las personas, la que está muy relacionada a la satisfacción de vida y que es clave para el desarrollo de la personalidad.

En Argentina Góngora y Castro (2011) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario de significado en la vida (MLQ) en adultos y adolescentes encontrando que Las mujeres mostraban menor presencia de significado en la adolescencia sin embargo aumentaba en la edad adulta equiparándose al de los hombres. Por lo cual podría ser una característica de las mujeres adolescentes que se caracteriza por demorar más en encontrar sentido a sus vidas. En particular, se halló una asociación muy fuerte entre presencia de significado y la vida comprometida y de igual manera el significado de la vida aparece como un indicador de vida saludable y satisfactoria



En Colombia Camargo, Castañeda, Polanco y Díaz (2018) realizaron el sentido de vida y salud mental en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer con el objetivo de describir y correlacionar el nivel de sentido de vida y salud mental en pacientes adultos con diagnóstico de cáncer en etapa de tratamiento, en donde se encontró preliminarmente que existe un porcentaje considerable de pacientes oncológicos que se encuentran en la búsqueda de sentido de vida y alto en deterioro mental. Hay una relación negativa entre sentido de vida y edad lo que indica que a mayor edad menos sentido y no se evidencio correlación significativa entre el sentido de vida y la salud mental de los participantes del estudio.

En Brasil Aquino, Gouveia, Gomes, y Melo (2017). Realizo una investigación en población general para conocer la percepción de sentido de la vida en el ciclo vital desde la perspectiva temporal, y los resultados sugieren que el sentido de la vida aumenta según las fases de la vida, en cuanto que la búsqueda de sentido disminuye. Se constató también que los adultos y las personas de tercera edad perciben mayor presencia de sentido en el presente cuando son comparados con los jóvenes; además, los promedios en la dimensión de futuro fueron menores en las fases más maduras.

Además en Colombia Vargas y Pulido (2012) realizaron un estudio para comprender el significado de las vivencias de las pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de seno encontrando que el hecho de sobrellevar enfermedades que estigmatizan como terminales el cáncer entre otros, ocasiona pensamiento constante de muerte, que hace que se experimente miedo, angustia, depresión y saber que se tiene cáncer de mama provoca rabia, les cuesta expresar a sus seres queridos la situación real

que están viviendo. Pero se convirtió para todas las pacientes en un factor que fortaleció el núcleo familiar, hecho que se vio reflejado con la unión y el apoyo que estas sentían por parte de los seres con quienes se convive y se evidencia el apoyo familiar como componente básico en la aceptación de la enfermedad.

En España García, Martínez, Selles & Soucase (2018) realizaron un estudio para analizar sentido de vida y bienestar psicológico en adultos y se encontró que los resultados mostraron una relación positiva entre sentido de vida y bienestar psicológico, especialmente con auto aceptación, propósito vital, bienestar psicológico global, dominio ambiental y crecimiento personal. Estos resultados podrían estar acentuando un aspecto decisivo en relación con la evaluación del sí mismo y de la vida propia. Esto es, la autoestima y la satisfacción vital, lo que significa que los participantes que le dan un alto sentido a su propia vida, tienen una autoevaluación más alta.

En Nueva Zelanda Grouden & Jose (2015) realizaron un estudio con el objetivo de describir como las fuentes de significado predicen de forma diferencial la búsqueda de significado, presencia de significado y los resultados evidencian que aquellos adultos que apoyaban el significado del trabajo, la familia, las relaciones interpersonales, los problemas de la comunidad / sociedad y la vida en general tenían un mayor significado general en la vida y un mayor bienestar, mientras que el ocio fue un predictor negativo.

En Colombia Palacios, Lizarazo, Moreno y Ospino (2015) realizaron un estudio para comprender el significado de la vida y la muerte en mujeres con cáncer de mama, encontrando que el significado de la muerte está representado por la presencia del cáncer dentro del propio seno; es decir la muerte que yace dentro y recuerda la finitud, El sentido

de vida y de muerte, tienen una alta relevancia en las construcciones de ideas asociadas a lo que significa tener cáncer; así, se construyen, se elaboran o se modifican y permiten resignificar una experiencia de vida ante la amenaza de la muerte. El significado de la vida gira en torno a la lucha contra la enfermedad, la influencia de los motivos para vivir y la necesidad de que estos estén presentes a lo largo del proceso. Aunque la muerte se considera inherente a la condición humana, la ven como algo ajeno, y las hace pensar que no les podría ocurrir.

## **2.17 Transitando**

La transitoriedad de la existencia humana consiste en vivir día a día, recoger y atesorar los momentos significativos, reflejando con orgullo y gozo los valores atesorados en esos momentos de una vida vivida intensamente; es contar las realidades del pasado: el trabajo, el amor experimentado y los sufrimientos asumidos de la manera más valiente (Frankl, 1979)

## **2.18 Teoría de los significados**

Durante la atención a la persona puede elegirse la óptica de la teoría con la que se visualizan los resultados y en el caso particular de las personas con VIH, se tomara en consideración la teoría de los significados de Starck denominada Teoría de los significados.

*2.18.1 Concepto de la Teoría:* el significado es un viaje hacia el propósito de vida con la libertad de elegir el camino a pesar del sufrimiento inevitable.

2.18. 2 *Antecedentes:* La teoría de los significados de Starck, P.L. tiene sus raíces en el trabajo del Dr. Víctor Emil Frankl (1905-1997) psiquiatra, que desarrollo para tratar a las personas con trastornos psiquiátricos y psicológicos y lo amplió con la finalidad de ayudar al hombre promedio a sobrellevar las tensiones de la vida cotidiana, evolucionando del nivel individual al nivel comunitario y social. La teoría en mención se denomina voluntad de significado y se le conoció como la tercera escuela de psiquiatría de Viena, teoría que fue probada por su autor cuando estuvo en los campo de concentración , durante la segunda guerra mundial y a su liberación escribe el libro titulado: El hombre en busca de sentido el cual contiene las experiencias relacionadas al sufrimiento, además propuso el termino de logoterapia que significa significado; postulo los enunciados: la búsqueda de sentido de una persona es la principal motivación de la vida; una persona es libre y responsable de la realización del significado de vida; la vida de una persona ofrece significado a cada momento y a cada situación. Frankl sostiene que el ser humano tiene tres dimensiones: soma (cuerpo), psique y noos (espíritu) elemento esencial en la búsqueda del propósito de la vida y todos son un todo y partes a la vez.

2.18.3. *Los conceptos de la Teoría:* Los conceptos son tres: el propósito de vida, libertad de elegir y el sufrimiento

2.18.3. a. *El propósito de vida:* Considerado el concepto central y consiste en aquello a lo cual uno puede sentirse llamado y es a lo cual se dedica y este surge de la singularidad de la persona y de la situación, el significado de vida cambia pero

nunca deja de ser, se puede encontrar de tres diferentes maneras: primero: el significado de vida se puede encontrar por medio de auto trascendencia describiéndolo como una forma de salir del yo por una causa mayor que el yo; segundo: por medio de experiencias como amar o encontrarse a alguien, con otro ser humano, el autor sostiene que el amor puede sobrevivir la muerte del otro y tercero: escogiendo la propia actitud hacia lo que la vida nos presenta es decir elegir nuestra actitud hacia nuestro destino; el significado puede encontrarse, estar presente y cuando el significado está ausente se identificaron dos estados: frustración existencial se refiere a la búsqueda de un sentido en el cual hay un estado inestable por querer más de la vida y el vacío existencial es la sensación de absoluta desesperación, desesperanza hacia la vida sintiendo que todo es inútil, es la sensación de sentirse atrapado en la infelicidad.

2.18.3. b. *Libertad de elegir* se refiere al proceso de seleccionar entre opciones sobre las cuales uno tiene control, se puede afrontar dificultades, tortura, humillación, pero se puede mantener la actitud de afrontar la situación con valentía, pero señala Frankl: la última de las libertades humanas es la de elegir la actitud en cualquier circunstancia de elegir su propio camino, es decir depende de decisiones y no de condiciones.

2.18.3.c. *El sufrimiento humano*, Frankl 1969, lo describe como una experiencia humana subjetiva y consumidora y creía que "el significado del sufrimiento... es el significado más profundo posible"; experiencia subjetiva, única y varía de molestias transitorias a angustia extrema y desesperación (Starck, 1992)

## **CAPÍTULO III: MÉTODO**

Este apartado presenta el paradigma, tipo de estudio, fundamento filosófico, descripción del contexto, población y saturación, técnica de recolección de datos, consideraciones éticas, procedimiento de recolección de datos y el rigor científico.

### **3.1 Enfoque**

Se trató de un estudio enfocado en el paradigma cualitativo; el cual indaga en contextos / vida cotidiana / realidades naturales las relaciones procurando interpretar las situaciones en relación al significado que las personas les confieren, es decir, se trata de comprender desde la perspectiva particular de las personas y con una perspectiva holística donde la persona y su contexto son considerados una totalidad indagando en su pasado, se interactúa con los participantes de un modo natural (Bautista, 2011), y los hallazgos que se producen no emergen de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación (Strauss y Corbin, 2002)

Basado en que los estudios cualitativos buscan llegar al conocimiento “desde dentro” por medio del entendimiento, a través de la empatía para indagar los hechos (Barrantes, 2010), se realizó la presente investigación con la finalidad de conocer, describir y comprender cómo viven las personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana, cómo son las relaciones persona- persona de los sujetos con VIH, en su ambiente natural, en su contexto, en sus hogares o en su entorno, así como también permitió conocer cómo se comportan y cómo interactúan con su familia, en su ámbito laboral, con sus amigos, en la iglesia, y con el personal de Enfermería, para lo cual se establecieron relaciones de igualdad entre el investigador y el investigado, tal acción permitió construir como son las relaciones en las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana, tomando como referencia las experiencias de cuidado, y que generará después de su análisis en un planteamiento teórico.

### **3.2 Tipo de Estudio**

Se trata de un estudio de carácter explicativo mediante la aplicación de la teoría fundamentada, Grounded Theory o teoría fundamentada en datos, método de investigación cualitativa que involucra procesos sociales que tiene como propósito desarrollar una teoría sustantiva para generar explicaciones amplias del fenómeno basadas en la realidad, (De la Cuesta, 2006); en este proceso los datos son recopilados sistemáticamente, el análisis y la teoría que emerge guardan estrecha relación entre sí (Strauss y Corvin, 2002).

Bajo esta perspectiva la teoría fundamentada permitió conocer en profundidad las relaciones persona-persona de las personas con VIH y a partir de los hallazgos encontrados se generó una propuesta teórica que contribuirá a la mejor comprensión y cuidado de las personas con este diagnóstico.

### **3.3 Fundamentos Filosóficos del Método**

La teoría fundamentada tiene sus raíces en el interaccionismo simbólico, considerado en este estudio porque a través de su aplicación se determinará qué significado simbólico tienen la ropa, los artefactos, los gestos y las palabras para grupos de personas cuando interactúan unas con otras, en su realidad. Morse (2003).

En el interaccionismo simbólico Blúmer (1969), establece tres premisas básicas: :

1. Los humanos actúan respecto de las cosas que le rodean, sobre la base de las significaciones que estas cosas tienen para ellos.
2. La significación de las cosas surge, de la interacción social que un individuo tiene con los demás actores, a través de la comunicación, es simbólica por el lenguaje y otros símbolos significativos.
3. Estas significaciones se utilizan como un proceso de interpretación efectuada por la persona en su relación con las cosas y se modifica a través de dicho proceso.

En el interaccionismo las palabras son símbolos para significar cosas, actos, objetos; estas palabras existen y tienen significado porque han sido o pueden ser descritas usando palabras, tales significados no son estables, sino que se modifican a medida la persona experimenta nuevas experiencias. (Perlo, 2006; Villar, 2006). Además, Blúmer (1969) clasificó dos formas básicas de interacción social, siendo la primera la interacción no simbólica (conversación de gestos) la cual no necesariamente implica el pensamiento y la segunda es la interacción simbólica que requiere un proceso mental y distinguió tres tipos de objetos: objetos físicos silla árbol; objetos sociales: estudiante, madre y profesora y objetos abstractos: ideas, principio moral y valores.

En el interaccionismo simbólico, se define estigma como un abismo entre lo que la persona debería ser, su identidad social virtual y lo que una persona realmente es en su identidad social real. Hay dos tipos de estigmas:

- a) El estigma desacreditado: el actor acepta que las diferencias son reconocibles o evidentes para los miembros de la audiencia (persona con discapacidad).
- b) El estigma des acreditado: las diferencias no son reconocibles o perceptibles para los miembros de una audiencia (persona homosexual) (Goffman, 2006).

Es decir, el interaccionismo simbólico consiste en asignar símbolos a través de la interpretación de la realidad simbólica, de la palabra escrita o hablada con la característica que se da en lugares, personas y tiempos particulares, se fundamenta en que las personas asignan significaciones a las cosas que le rodean, que surge de la interacción social, a través de la comunicación, y puede modificarse a medida que se viven (es dinámico). Los elementos antes mencionados son relevantes y se aplicaron en la presente investigación y permitió determinar el significado simbólico de las cosas, de su entorno, es decir conocer la situación, y del significado de esa situación por las personas con el virus de inmunodeficiencia humana; a partir de la aplicación de la teoría fundamentada a fin de construir elementos teóricos para apoyar la práctica y la disciplina de enfermería.



### 3.4 Descripción del Contexto

El Salvador han experimentado variaciones en cuanto al crecimiento poblacional en los últimos tiempos ya que para el año 1971 la población censada fue de 5,118,599 según el IV Censo Nacional de población y IV de vivienda; luego en el año 2007 de acuerdo a informes oficiales del V Censo Nacional de población y IV de vivienda la población censada fue de 5,744,113 con una tendencia hacia un descenso en el crecimiento de la población (tasa de crecimiento de 0.79 por cien), MINEC, (2009), y la población real para el año 2012, es de 6,251,495 habitantes, dato en base a Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2050; el país tiene una superficie de 21 040.79 km.2, por consiguiente la densidad es de 297 habitantes por kilómetro cuadrado, es el país más densamente poblado del Continente de América Latina. Además la población urbana es mayoritaria: 3, 954,803 Hab. (Para el año 2010 acorde a Estimaciones y Proyecciones de la Población Urbana y Rural por Años Quinquenales, 1985 – 2030; Ministerio de Economía, 2012), y la característica sigue siendo de población básicamente joven. En términos generales en la República de El Salvador la población alfabetizada es del 84,5 %, la esperanza de vida al nacer es de 72,5 años siendo para las personas del género masculino 67,7 años y para el género femenino de 77,1 años, y particularmente no existen datos en Razón de sexo, casos de sida reportados en los indicadores de salud de las Américas para el año 2010. (OPS et. al. 2012).

Es importante señalar que el Sistema Nacional de Salud de El Salvador está compuesto por dos sectores: el público y el privado. El sector público incluye el instituto salvadoreño de rehabilitación de inválidos, ISRI, Sanidad Militar, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, el Fondo solidario para la salud, FOSALUD, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el Ministerio de Salud y el sector privado las entidades lucrativas y no lucrativas. (Peñate, 2010 y citado por Acosta et al 2011), y el MINSA provee de servicios a la población en tres niveles de atención siendo constituido el primer y segundo nivel conformado entre unidades de salud y hospitales generales y el tercer nivel

está constituido por hospitales nacionales especializados, (Ley del Sistema Básico Integral de Salud, 2005 citado por Acosta, Sáenz, Gutiérrez y Bermúdez (2011).

El estudio se llevó a cabo en la República de El Salvador, en un hospital, ubicado en la zona oriental del país. El departamento de San Miguel limita al norte con la República de Honduras, al este con los Departamentos de Morazán y la Unión, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con los Departamentos de Cabañas y Usulután; administrativamente cuenta con 20 municipios con sus caseríos y cantones; tiene un volcán denominado Chaparrastique en el cual se encuentra en proceso de actividad volcánica, ríos como el Río Grande de San Miguel, Las Cañas, Yamabal, Miraflores y lagunas como El Jocotal, Aramuaca, San Juan y Olomega entre otras; y en cuanto a la actividad económica del sector prevalece el comercio y la construcción; en cuanto a las características demográficas y según las Estimaciones y Proyecciones Departamentales de Población entre los años de 1995 al 2020, tiene 434,003 habitantes y con un área total de 2077.10 km<sup>2</sup> y 409 h, por km<sup>2</sup>. MINEC, DIGESTYC (2012).

El Hospital donde se realizó el estudio, es un hospital de referencia y está clasificado como de tercer nivel que brinda servicios de Medicina y Cirugía; establecimiento donde se realizó la investigación, y lugar donde acuden las personas viviendo con el virus del VIH a recibir atención de salud. Este hospital está ubicado en el Departamento de San Miguel, el cual está constituido por 20 municipios: El Tránsito, Nueva Guadalupe, San Miguel, Ciudad Barrios, San Antonio, San Rafael Oriente, Chinameca, San Jorge, Moncagua, Quelepa, Lolotique, Carolina, Chapeltique, Chirilagua, Comacarán, Uluazapa, San Gerardo, Nuevo Edén de San Juan, Sesorí, San Luis La Reina y la ciudad de San Miguel actual cabecera del departamento que tiene una extensión de 593.98 Km<sup>2</sup>; 218,410 habitantes y una densidad de 368 habitantes por kilómetro cuadrado. MINEC, DIGESTYC (2012).

El Hospital en mención fue fundado en 1832 (Infante, 2000) y nominado así en honor a su fundador, el ciudadano Juan Pérez; actualmente cuenta con servicios de Emergencias, Consulta Externa, medicina interna y de cirugía para personas del sexo

femenino, medicina interna y de cirugía para personas del género masculino, Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos, unidad de diálisis y hemodiálisis, oftalmología, cardiología, Observación de medicina, observación de cirugía, endocrinología, Urología, Dermatología, Ortopedia, Otorrinolaringología, cirugía ambulatoria, coloproctología, anatomía patológica, psiquiatría y psicología, hematoncológica, nutrición, endoscopia, Neumología, así como servicio de alimentación y dietas, laboratorio clínico, Banco de sangre, Arsenal y Central de equipos, diagnóstico por imágenes e infectología, entre otros. Además, también cuenta con un Departamento de Enfermería con una estructura organizativa que responde a las demandas y complejidad de dicha institución, siendo el total de enfermeras contratadas de 487, (MINSAL, 2015), tales contratos son en categoría de enfermera jefe de Departamento, enfermera subjefe de departamento, enfermera supervisora, enfermera y auxiliares de enfermería.

### **3.5 Método: Teoría Fundamentada**

#### **3.5.1 Concepto**

La teoría fundamentada es la generación sistemática de la teoría de los datos adquiridos por un método de investigación rigurosa (Glasser, 1988) ; se refiere a una teoría derivada de recogida de datos recopilados y sistemáticamente analizados por medio de un proceso de investigación (Strauss y Corvin); conocida en inglés como Grounded Theory es una metodología de análisis unida a la recogida de datos, es decir se refiere a la construcción de la teoría a través del análisis de interpretaciones (Trinidad, Carrero y Soriano, 2006) ; a través de procedimientos analíticos, se construye teoría que está fundamentada en datos. (De la Cuesta, 2006); la teoría fundamentada es una forma de pensar en donde el resultado final es una teoría a partir de los datos recogidos de entrevistas y observaciones de la vida cotidiana (Morse et al., 2014) Los autores coinciden en que el producto final de esta metodología, (método de investigación riguroso, metodología de análisis procedimientos

analíticos) es la generación de una teoría la cual se fundamenta en los datos obtenidos de entrevistas y observación de la vida cotidiana.

#### 3.5.2 Finalidad

La finalidad de la teoría fundamentada es la emergencia de una teoría inductiva sobre un área sustantiva (Trinidad, Carrero y Soriano, 2006), coincidente con Stern (en Morse et al., 2009) que sostiene es el desarrollo de una teoría basada en la recogida de datos durante un estudio determinado.

#### 3.5.3 Utilidad

Según (Hutchinson, en Munhall y Oiler, 1986), la utilidad radica en tres aspectos esenciales: ofrecer un nuevo enfoque para un viejo problema, mejorar de la atención del paciente y enriquecimiento curricular

#### 3.5.4 Características

La característica principal de este método es la formulación de conceptos de los datos (Strauss y Corvin); Trinidad, Carrero y Soriano (2006) señalan las características como aspectos esenciales en tres puntos: en el énfasis y emergencia en la generación de teoría; el análisis como acción central desde una lógica inductiva y la transformación de la teoría sustantiva en una teoría formal.

#### 3.5.5 Análisis de datos

Se identifican dos tipos de elementos que, aunque se ven por separado no implica que se utilicen de esta manera: primero la codificación la cual puede ser abierta, selectiva y teórica. Se considera la codificación como el medio analítico por medio del cual se

fragmenta y conceptualiza los datos para integrar teorías y segundo el método comparativo constante: en él se identifica el muestreo y la saturación teórica; el muestro teórico consiste en ir codificando a través del análisis comparativo constante desde el comienzo de la recolección de datos.

El muestreo teórico busca la saturación del código o categoría; la saturación se comprende como la integridad de todos los niveles de códigos y cuando no hay una nueva información conceptual disponible para indicar nuevos códigos o ampliación de los ya existentes (Hutchinson en Munhall y Oiler, 1986).

El método comparativo constante es la comparación constante en la búsqueda de semejanzas y diferencias a través del análisis de incidentes contenidos en los datos. (Trinidad, Carrero y Soriano, 2006) es el método fundamental de análisis de datos (Hutchinson, en Munhall y Oiler, 1986) , Charmaz (2014), también identifica los componentes siguientes: participación simultánea en recopilación y análisis de datos; construcción de códigos analíticos y categorías de datos; utilización de la comparación constante en cada etapa de análisis; avanza en el desarrollo de teorías claramente en cada etapa de recogida y análisis de datos y la memo- escritura para elaborar categorías y especificar sus propiedades, definir relaciones e identificar brechas.

Por otra parte, en la vida cotidiana de los seres humanos en continua acción social, se dan relaciones de riesgo a su salud con las debidas consecuencias de tener enfermedades de transmisión sexual y particularmente el VIH, sin embargo, en sus manifestaciones iniciales es la familia quien le brinda los cuidados, aspecto que se trata de develar en adelante.

### **3.6 Informantes clave**

En el método de teoría fundamentada, no hay un número pre establecido de participantes para la saturación y la integridad que produce una teoría sustantiva (Glasser, 1998), porque se busca acontecimientos e incidentes indicativos de fenómenos y no contabilizar individuos (Strauss y Corbin, 2002).

La saturación en la presente investigación reunió dos requisitos: la primera es que fue por discriminación, este tipo de muestreo el investigador busca sitios o personas a fin de maximizar el proceso (Strauss y Corbin, 2002), y obtener la mejor información en el menor tiempo posible, y el segunda requisito fue la cantidad, que estuvo determinada por la “saturación teórica” que significa que agregar nuevos casos a la recolección de la información no implica encontrar que aparezcan datos nuevos importantes (Strauss y Corbin, 2002).

Basado en estos planteamientos la saturación se alcanzó con 25 personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana, residentes en la Republica de El Salvador y son usuarios que asisten a la consulta externa de una dependencia gubernamental del Ministerio de Salud ubicado en la zona oriental de la República de El Salvador, que previamente reunieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en la investigación suspendiendo la recolección de datos cuando en el proceso de análisis ya no se encontraron datos nuevos.

#### **3.6.1 Criterios de inclusión:**

Los criterios de selección de los participantes respondían a que fueron personas de diferente género (masculino y femenino) y viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia

Humana mayores de 18 años, que aceptaron participar en el estudio, que fueran residentes en la Republica de El Salvador y que acudieran ambulatoriamente a recibir atención médica al Hospital seleccionado para el estudio, y orientados en tiempo, lugar y persona a fin de recopilar información referente al significado de las experiencias de vivir con el virus de VIH.

### **3.6.2 Contacto inicial**

El ambiente donde se desarrolló el contacto inicial del estudio fue en el servicio de infectología ubicado desde hace trece años en una construcción provisional ubicada en la zona del parqueo de la dependencia; donde consta de una farmacia, una sala denominada hospital de día, es lugar donde se realizan procedimientos como extracción de sangre, colocación de soluciones parenterales (suero, vitaminas ) y para colocación de transfusiones sanguíneas, una sala de espera, un consultorio de ginecología, un consultorio de pediatría, una estación de enfermeras que funciona como área de preparación de pacientes y de entrevistas, un consultorio de psicología, un consultorio de la trabajadora social un consultorio del médico especialista, para llegar al ambiente descrito están separado por una puerta, de manera que las personas que están en esos ambientes son únicamente personas con el VIH y no están a la vista de otro personal ni de otros usuarios.

El momento del contacto inicial ocurrió en primera instancia con el personal de Enfermería de infectología para elegir posibles candidatos a participar en el estudio, basados en sus expedientes. En segunda instancia se eligieron a los candidatos que reunían los criterios de inclusión.

Posteriormente se estableció y personalizado con cada uno de los participantes enfocándose en puntos importantes como: presentación personal de la investigadora, enfocando experiencia previa de trabajo, inclinación al apoyo de las personas con ITS, requerimiento académico y naturaleza del estudio y oportunidad de apoyar y mejorar la atención de las personas con VIH; realizada la introducción inicial de manera pausada y explicativa y de la misma manera se procedía a la interpretación y lectura del Consentimiento informado y finalmente se esperaba la respuesta de la participación voluntaria de los asistentes en donde se observó algunos comportamientos: algunos querían participar con el requisito que la entrevista no fuera grabada; otros explicaron su situación personal y no aceptaron, otros se negaron categóricamente a participar y otro grupo que aceptó participar y con el que fue posible realizar la entrevista.

### **3.7 Técnica de Recolección de la Información**

Para la recolección de datos, se realizaron entrevistas en profundidad, utilizando dos grabadoras y un Diario de campo, los datos fueron colectados únicamente por la investigadora.

*3.7.1 La entrevista en profundidad:* Se considera la entrevista en profundidad como el instrumento básico de recolección de datos en la investigación desde la teoría fundada y se comenzó con la pregunta previamente elaborada para iniciar el proceso (Sandoval, 2002).



En la entrevista en profundidad, según (Bautista, 2011), (Taylor y Bogdan, 2009), y (Morse, 2003), el entrevistador “avanza lentamente” al principio, en ese proceso se procura establecer empatía con los informantes, se formula inicialmente preguntas no directivas y de carácter general aprende lo que es importante para los informantes antes de enfocar los intereses de la investigación; se considera un constructo comunicativo y no un simple registro de discursos que “hablan al sujeto”...sino que aparece, pues como respuesta a la interrogación difundida en una situación dual y conversacional. (Alonso, 1994:230 y citado por Valles, 1999) y para el desarrollo de la entrevista se creó un clima contributivo, se evitará interrumpir, se guiará con discreción, mostrando interés y procurando sea un diálogo (Deslaurier, 2004).

Es importante señalar que previamente antes de la lectura del consentimiento informado se entregó una copia del mismo para que el participante fuese siguiendo la lectura y facilitar la interpretación y posteriormente se solicitó el nombre y su firma de consentir participar en el estudio; luego se registraban los datos generales de los participantes y asignándoles un numero de orden para la construcción del código, (Anexo N° 5) y se iniciaba con la pregunta generadora ¿Cuénteme en detalle, es decir todo, cual ha sido su experiencia para Ud. después de conocer que tiene el VIH?, a partir de las respuestas fueron emergiendo las preguntas subsiguientes realizadas por la investigadora; durante la entrevista se mantuvo una actitud de observación, escucha y apertura manteniendo contacto visual con los participantes; finalizada la misma se realizaron las anotaciones respectivas en el Diario de campo; correspondieron la grabación, las

anotaciones de campo y el registro de datos a cada participante en el estudio, realizada la entrevista se procedía a la transcripción de la misma a fin de documentar lo más temprano los datos e impresiones, identificar datos nuevos que van emergiendo y los vacíos en la entrevista.

Dichas entrevistas se realizaron entre los meses de octubre a diciembre del 2015 y enero y febrero del 2016, periodo coincidente con la validación de los datos los participantes en el estudio.

*3.7.2 Grabaciones:* Un segundo elemento importante utilizado fueron las grabaciones, aclarando previamente que se iba a utilizar para ello una grabadora (Álvarez, 2003), siendo necesario contar con un sistema de almacenamiento que permita recoger las transcripciones de las grabaciones realizadas (Sandoval, 2002), por lo tanto, después de que la persona con VIH aceptó participar voluntariamente en el estudio, de la lectura y entrega de copia del consentimiento informado, se procedió a grabar la entrevista, las cuales algunas de ellas tuvieron eventualidades como que algunas participantes era llamado para su atención y la entrevista se realizó en dos momentos, interrumpiendo el vínculo inicial establecido, otros participante fueron acompañado por sus hijos pequeños y de alguna manera no permitía la concentración necesaria al participante.

Es importante destacar que las 25 grabaciones de las entrevistas tuvieron una duración entre 30 a 65 minutos cada una con un promedio de 43 minutos de duración, la revisión de los datos colectados se realizaba el mismo día para constatar la captación de datos y luego se daba la transcripción completa donde se revisaban nuevamente de esta forma se aseguraba

tener transcrita la información previa a la validación de los datos en la segunda entrevista con los participantes.

*3.7.3 Notas de campo:* Un tercer elemento utilizado fueron las notas de campo. (Anexo N° 6). Este instrumento sirve para registrar datos que no puedan ser captados por la grabación como gestos, postura emociones, y otros; las reflexiones e ideas de la investigadora. (Ballen, Pulido y Zúñiga, 2013). Para esta investigación se diseñó un formato denominado: Diario de campo del estudio sobre las relaciones persona-persona en sujetos con VIH. Construyendo su significado a partir de las experiencias de cuidado. Su estructura comprendió elementos como: código del participante, fecha de realización de la entrevista y observación y descripción del acontecimiento (descrito en no más de cinco palabras), descripción (en uno a dos párrafos) y análisis (reflexiones, ideas, comentarios del suceso) correspondiendo la grabación de la entrevista, las anotaciones de campo y el registro de datos a cada participante en el estudio.

### **3.8 Consideraciones Éticas**

La presente investigación consideró la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura, UNESCO, (2005), que señala la importancia de tener en cuenta que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales así como se debe respetar la autonomía de las personas en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones entre otros elementos importantes; también se tendrán en consideración los principios éticos básicos como el respeto a las personas, beneficencia y Justicia contenidos en el Informe Belmont. Ryan, et al. (1979).

Se consideró además el Código de Núremberg que reconoce en su normativa la autonomía y la autodeterminación a fin de que los participantes en el estudio tengan una comprensión de la investigación, dicha comprensión se refiere a la naturaleza, el objeto, el propósito, la metodología aplicada, así como los riesgos y los efectos posibles en la salud. También el código ha establecido que la finalidad de la investigación es un bien que servirá para ser utilizado para la sociedad, así como también el ser humano investigado tiene la libertad de terminar su participación en el experimento cuando alcance una condición física o mental que le parezca imposible. (Prado, Souza y Carraro, 2008). Los elementos descritos se evidencian en el “consentimiento informado” (Anexo N° 5) y que contiene las condiciones del participante, objetivos del estudio, tipo de datos, naturaleza del compromiso, patrocinio, selección de los participantes, procedimientos, riesgos o costos potenciales, beneficios potenciales, garantía de confidencialidad, consentimiento voluntario derecho a retirarse, alternativas e información para el establecimiento de contacto; elementos que fueron considerados en este estudio para la elaboración del consentimiento informado (Anexo N° 7).

Igualmente se rigió por la Declaración de Helsinki, la cual es una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos y que contiene 33 artículos, de los cuales nos identificamos con dos de ellos y que a continuación se mencionan: Artículo N°7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que promuevan y garanticen el respeto de todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos.

El artículo N° 9 establece que: Es el deber de los médicos que participan en la investigación médica para proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, a la intimidad y confidencialidad de la información personal de los sujetos de investigación.

La responsabilidad de la protección de los sujetos de la investigación debe recaer siempre en el médico u otros profesionales de la salud y nunca en los participantes en la

investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. (World Medical Association, 2013).

Basados en las declaraciones y en el código de ética planteados la presente investigación fue sometida a aprobación por el Código de Bioética de la Universidad de Panamá como lo establece el reglamento de Vicerrectoría de Investigación y Postgrado, (VIP), y también fue sometido al Comité de ética del mencionado Hospital en la Republica de El Salvador, en donde como parte del proceso se realizó una presentación oral al comité para la determinación del permiso correspondiente.

### **3.9 Procedimiento para la Recolección de la Información**

#### **3.9.1 Prueba preliminar**

Esta fase consistió en desarrollar las primeras entrevistas de tipo abierta como entrenamiento para el investigador y para realizar ajustes necesarios conforme avanzaba el proceso, por lo tanto, se realizaron seis (6) entrevistas. En una dependencia gubernamental del Ministerio de Salud situado en la zona norte de la República de El Salvador los participantes no pertenecían a la saturación en el estudio, el objetivo fue familiarizar al investigador con la técnica de la entrevista en profundidad, y adquirir habilidad y destreza en la identificación de categorías, propiedades y relaciones.

#### **3.9.2 Promoción e identificación de los participantes al estudio**

Posterior a la aprobación del Comité de Investigación y del Comité de Ética del Hospital, en el proceso de preparación personal la investigadora se despojó de las creencias que de alguna manera podían incidir en la efectiva realización de la recolección de datos además se recibió el apoyo del coordinador de la Unidad de Desarrollo Profesional, en cuanto a permisos y orientación para iniciar la recolección de datos; se gestionó la solicitud de permiso del Jefe del servicio de infectología, entregando nota de aprobación a

la enfermera jefe del servicio para coordinar días de visita, criterios de inclusión de los participantes en el estudio, lugar de realización de las entrevistas así como la inmersión en el servicio mencionado.

Además, la entrevistadora cuando se presentaba al servicio de infectología llevaba material para el registro de los datos generales de los participantes y asignación de un numero de orden para la construcción del código y diario de campo, así como dos grabadoras: (Sony y una Olympus), cuidando cada día de cambiar las baterías a fin de evitar la pérdida de valiosa información.

Se promovió e identificó a los participantes en el estudio en la sala de espera cuando las personas con VIH acuden a control médico o a sesión de grupo de apoyo.

### **3.9.3 Llevar el Registro de datos de los Participantes**

Para el control de los datos de los participantes se elaboró una matriz denominada: Registro de participantes para el estudio sobre las relaciones persona-persona en sujetos con VIH. Construyendo su significado a partir de las experiencias de cuidado. En dicha matriz se vació la información proveniente de las tarjetas de cita de los participantes tales como: Código (número de orden de entrevista en tres dígitos, seguido del número de expediente que es correspondiente con el de la tarjeta de la cita y el año, separados por un guion) edad y sexo.

### **3.10 Criterios de Rigor Científico**

En la presente investigación se utilizaron los criterios de rigor metodológico fueron basados en la propuesta de Lincoln y Guba, 1985 (en Creswell, 2013) quienes proponen

tres: credibilidad, transferibilidad, confiabilidad y confirmabilidad y que se detallan a continuación:

### *3.10.1 Credibilidad*

La credibilidad consiste en que, mediante el uso de la observación y conversación con los participantes en el estudio, los hallazgos o resultados correspondan a la realidad y son reconocidos por los participantes como lo que ellos piensan y sienten acerca de lo que ha sido su experiencia. Es decir, ambos datos son auténticos para las personas que han participado en el estudio, así como para las personas cercanas al fenómeno incluyendo entre estas al investigador. Considerando que son los participantes quienes conocen su mundo, su experiencia en donde el investigador trata de captar el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes y tiene que ver con la capacidad de transmitir a través del lenguaje, pensamiento, emociones y puntos de vista de los participantes lo que exige del investigador paciencia, escucha activa, empatía y reflexión.

Para asegurar la credibilidad en esta investigación se aplicó metódicamente el proceso de la teoría fundamentada que implicó escuchar, realizar la transcripción fiel de las entrevistas, y su proceso de validación con los participantes en el estudio durante el proceso de recolección de datos, se realizaron anotaciones de campo y fueron revisados y analizados con la asesora de tesis.

### *3.10.2 Transferibilidad*

La transferibilidad o aplicabilidad, es el criterio que mediante el cual otro investigador pueda seguir la ruta que el investigador original ha realizado, es decir que puedan ser transferibles a otras personas o contextos, de manera que pueda llegar a conclusiones similares o iguales a las del investigador original; este criterio minimiza los sesgos y tendencias del investigador, lo que implica rastrear datos en la fuente, la triangulación, la auditoria, el chequeo con participantes.

En la transferibilidad el investigador debe describir con amplitud y precisión el ambiente, las características de los participantes donde el fenómeno fue estudiado, es decir se relaciona directamente con la similitud de contextos. En la presente investigación, con la propuesta teórica resultante, se espera sea aplicada en el ámbito de la enfermería y fortalezca la atención de las personas con VIH, se transfiera a otros contextos similares y además sea probada con instrumentos establecidos, narrativas e historias de vida.

### *3.10.3 Confirmabilidad*

El proceso de confirmabilidad en este estudio se basó en explicar el proceso de recolección de datos a los participantes, así como se mantuvo una actitud de observación durante el proceso de las entrevistas, las cuales fueron grabadas para asegurar la fidelidad de los datos recogidos, se transcribieron fielmente y se comprobaron con las personas con VIH participantes en el estudio; se documentó en el diario de campo los aspectos relevantes observados, por otra parte se hizo revisión de los datos colectados buscando aspectos que se pudieran ampliar y/o retroalimentar, mismo que se abordaron antes de



comenzar la siguiente entrevista; además el proceso fue auditado mediante supervisión de expertos en el método.

La Confirmabilidad se logra al retornar a los participantes en el proceso de recolección para la confirmación de los hallazgos, así como para corregir errores, clarificar y revisar datos puntuales.

#### *3.10.4 Confiabilidad*

Entendida como la habilidad en la aplicación de la coherencia entre la pregunta de investigación, el método utilizado y el análisis realizado, así como también se refiere a la selección de los participantes en el estudio que de alguna manera conozcan o tengan experiencia del fenómeno que se investiga; es decir que para lograr la confiabilidad en la investigación cualitativa se hace necesario considerar la congruencia pertinente entre los elementos antes mencionados.

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

### **4.1 Técnicas de análisis de la información**

En el proceso de análisis los datos se codifican y categorizan, después se forman redes y los patrones de la teoría fundamentada; siendo una de sus características principales la de realizar constantes comparaciones. Pineda y Alvarado, (2008); para lograrlo se debe tener en cuenta que los datos generados por los participantes en el estudio evidenciaran las relaciones persona-persona como parte de una estructura social ya sea con su pareja, hijos, familia, amigos, iglesia y de manera particular con el personal de enfermería con quienes ha tenido experiencias de cuidado cuando acude a su atención de salud y/o durante su atención de salud.

Los elementos básicos de la teoría fundamentada son los conceptos, las categorías, los códigos teóricos y las proposiciones y la codificación; la codificación se comprende como el proceso analítico mediante el cual se fragmentan los datos ,es decir se conceptualizan e integran los datos para formar una teoría; los conceptos son las bases fundamentales de la teoría (Strauss y Corbin, 2002), es decir, el etiquetamiento a hechos, fenómenos o eventos (Vasilachis, 2007); se considera esencial por ser los pilares para la construcción de la teoría; otro de los elementos son las categorías: esta denominación se le da a los conceptos que representan los fenómenos (Strauss y Corbin, 2002), mientras que Vasilachis (2007), lo conceptualiza como una clasificación de conceptos y su integración en un orden más elevado, construido a partir de la comparación de conceptos; es decir una agrupación de conceptos ordenadamente y que representan un fenómeno en particular. Por

otra parte, la categoría central emerge en el proceso cuando una en particular aparece frecuentemente mencionada y se conecta con otras categorías Strauss y Corbin (2002), y las proposiciones son los enunciados que expresan vínculo entre dos a más de estas, así como sus propiedades (Vasilachis, 2007).

En el proceso de análisis de datos se identifican tres fases (Strauss y Corbin, 2002), (Deslauriers, 2004) y son: descriptiva, analítica y la interpretativa.

### ***Fase descriptiva***

Inició con la transcripción exacta de las entrevistas de cada uno de los participantes y fue identificada por un código compuesto de números y letras, luego se realizó el microanálisis, que incluyó la codificación abierta y la codificación axial. La codificación abierta se realizó a partir de los datos obtenidos en las entrevistas de los participantes, luego se procedió a fragmentar en piezas a fin de analizarse y encontrar semejanzas y discrepancias; así los datos obtenidos se agruparon en conceptos a los que se les denomina “categorías”.

La categorización o conceptualización significa extraer del cuerpo de la entrevista aquellos datos importantes es decir los llamados códigos nominales a los cuales se les asignarán un nombre en particular, a partir de ello se procederá a analizar detenidamente y de manera profunda los datos de manera que el nombre asignado sugiera el evento mismo denominado Código nominal; dicho proceso se realizara en un documento aparte y refleja

además la interpretación, este paso es fundamental para realizar las siguientes sesiones de entrevistas .

### ***Fase analítica***

Esta fase denominada también codificación axial el cual toma su nombre por el hecho de enlazar categorías a subcategorías es decir enlaza categorías mediante la vinculación de sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corvin, 2012).

A manera de procedimiento (Corvin y Strauss, 2012) afirman que se debe: Acomodar las propiedades de una categoría y sus dimensiones, se debe identificar las condiciones, acciones e interacciones asociadas con un fenómeno y relacionar una categoría con sus subcategorías.

Según este proceso el análisis se hizo desde la óptica de la conceptualización de la investigadora como de las personas con VIH participantes en el estudio; se fue plasmando en un esquema donde se organizó las conexiones que fueron emergiendo y al que se le denominó paradigma, que contiene condiciones causales, intervinientes y contextuales en las dimensiones de tiempo y lugar, los cuales vinculadas y en un conjunto, crearon las circunstancias de la forma habitual de como ocurrió la vida cotidiana en los mencionados pacientes. En este contexto se crearon las hipótesis u oraciones, las cuales, en su estructura, fueron enunciadas y que describieron la forma como se relacionaban dos o más conceptos encontrados. Esto explicó el qué, el porqué, el dónde y el cómo de la ocurrencia del fenómeno de la relación persona – persona en los pacientes que viven con el virus de VIH.

La codificación y categorización implicó realizar una comparación constante, dicho proceso terminó cuando ya no pudo encontrar nueva información.

### ***Fase de interpretación***

Se realizó al aplicar la codificación selectiva que consistió en el proceso de completar y depurar o refinar las categorías. En esta codificación selectiva se descubre o emerge una categoría central llamada así, por tener la característica de ser central, es decir, que las demás categorías se pueden relacionar a esta, y con la característica que debe de aparecer con frecuencia en los datos, siendo la relación no forzada y el nombre que se le adjudique será lo más abstracto posible. Además, se construirá la matriz condicional/secuencial a fin de entender y esclarecer las relaciones, se construirá un esquema que evidencie un relato sistemático, lógico e integrado, que especifique las relaciones entre acontecimientos y fenómenos significativos, que demuestre los vínculos entre las condiciones/consecuencias macro y micro durante el proceso.

Posteriormente se buscará la consistencia interna después de construir el esquema que representa los acontecimientos y sucesos que pueden ocurrir de manera secuencial o no, y que pueden localizarse en un contexto, ilustrará la forma con las personas o grupo ordena o no sus acciones/interacciones/relaciones dentro de un orden social, se revisará este esquema en busca de brechas internas, recortar el excedente y validarlo. El esquema en el caso de la presente investigación, buscó ilustrar las relaciones persona-persona a partir de las experiencias de cuidado.

## 4.2 Procedimientos para procesar datos

Aplicando las fases anteriores, el proceso se realizó de la siguiente manera:

### 4.2.1 Fase de la entrevista

Los datos que provinieron: la entrevista realizada, se descargaban de la grabadora una a una y se guardaban en duplicado en la computadora personal de la investigadora y en un disco duro externo para su resguardo y protección

- a) Transcripción: Cada entrevista se escuchó detenidamente y se transcribió, se les adjudico a cada entrevista un seudónimo según el sexo del participante.
- b) Codificación del texto: Una vez transcrita la entrevista se enumeró cada línea y se asignó un código a cada una de las líneas del texto. Este código se construyó con el seudónimo, seguido de un guion, número de página de la entrevista y número de línea, por ejemplo: Juana- P1L10.
- c) Codificación abierta: La codificación puede realizarse de diferentes maneras como lo señala Charmaz (2006, p.51) “palabra por palabra, línea por línea, segmento por segmento e incidente por incidente codificando ideas e información” y como lo señala Strauss y Corvin (2002) “los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias” y en esta investigación se

codifico línea por línea. Con el objetivo de fragmentar el texto de cada entrevista, se elaboró una matriz cuyos elementos de análisis fueron: código del participante, contenido de la línea enumerada previamente, columna del código in vivo y columna del código nominal, y para ello se construyó la siguiente matriz:

**Fig. N°1: Ejemplo de codificación utilizada**

Código asignado	Contenido de la línea de la entrevista	Código in vivo	Código nominal
Isaías-P3L57	Mente y pasaran bastantes meses, que yo. me soñaba..., me soñaba dentro de un ataúd,	Mente y pasaran bastantes meses, que yo me soñaba..., me soñaba dentro de un ataúd	Teniendo sueños recurrentes con su ataúd y entierro (Isaías-P3L57- L58)
Isaías-P3L58	Soñaba mi entierro, son tantas cosas que pasan por la mente incluso uno a veces piensa	Soñaba mi entierro, son tantas cosas que pasan por la mente	-----

Fuente. Personas con VIH participantes en el Estudio

Debe señalarse que las entrevistas fueron escuchadas en más de una vez, así como los códigos nominales asignados en busca de la correspondencia entre el código in vivo y el código nominal, realizando los ajustes correspondientes, así como verificar que quedasen lo suficientemente explícitos y claros.

Después de finalizada la codificación nominal se procedió a la agrupación de los códigos nominales similares agrupándolos y dándoles un nombre que lo significar en su contenido es decir construyendo categorías que son los “conceptos derivados de los datos que representan los fenómenos” (Strauss y Corvin, 20002. p. 124) es decir que la categorización es el paso analítico en alguna selección; en este caso se identificaron después de varias fases de reducción categorías se determinaron veinte y tres categorías.

d) Codificación axial

En esta fase del análisis se procedió a la construcción de un esquema organizativo para ordenar de manera sistemática y su estructura estuvo conformada por los siguientes componentes: el fenómeno que en algunos casos es la categoría, las condiciones causales son los acontecimientos que influyen sobre el fenómeno, las condiciones intervinientes son las que aminoran el impacto de las condiciones causales, las condiciones contextuales, las estrategias que responden al fenómeno y las consecuencias (Strauss y Corbin, 2012), a continuación se presenta un esquema organizativo que se aplicó en esta fase.

**Fig. N°. 2 Ejemplo de Esquema organizativo de la categoría: Transitando**

Fenómeno	Condiciones contextuales	condiciones causales al evento	Condiciones intervinientes	Estrategias que responden al fenómeno	Consecuencias
Transitando: La transición se refiere al proceso interno de pasar de un estado emoción que afecta a la persona con VIH y experimenta un avance, se estanca o avanza a la resolución.	--En la casa --En el hospital	Diagnóstico llego a la vida sin esperarlo -- Aferrándose a Dios y a su familia --Tener VIH. --La enfermedad le afecta --Sintiendo que puede morir	--Conversación en pareja --Inicio frustrante --No ha renegado --Viviendo el presente --Tristeza y llanto --Ansioso y nervioso --Acepta no se va a curar --Acepta que ha venido superándolo --Se siente bien --La vida sigue --No supera cruz [diagnóstico],	--Intervención de la esposa -- Se debe buscar, tener fe y temer a Dios --Fe en la familia --Aceptar el diagnóstico --No pensar el pasado ni en el futuro. --Aconsejando al sobrino, --Ha venido superándolo. --Se cuida --No arriesga su salud --Se debe ser fuerte y afirmar no se va a morir --Perdono a padre moribundo	--Esposa: apoya al esposo --Participante: ---Deseo de seguir adelante. --Sintiendo fue volver a nacer, --Acepta esta, diagnosticado y enfermedad no le saldrá , --Cuestionado que le dirán a la familia si muere, --Viviendo el día a día, --Espera el mundo lo acepte Incertidumbre al futuro, a lo que le espera, --Después de llanto se vuelve a levantar, --Siente ha venido superándolo, se siente menos nervioso, --Agradece esta mejor, --Aclarando modo de transmisión, --Asegura la enfermedad no la va a matar, --Niega se va a morir --Si se arriesga se pone mal --No asimila ser portador.



			--Al principio fue un proceso frustrante --Búsqueda de información en internet --Se resigno --Tiene que pasar y vivirlo	--Debe cuidarse trata de olvidar: pensar o lo tiene --Aceptando la vida es finita --Trata seguir vida normal --Debe seguir --No se deprimió ni se echó a morir --Cumplir indicaciones --Se siente bendecido --No se acompleja	--Cree en medicamentos --Solo tiene esa enfermedad --Al principio mal, poco a poco ya no --Aconsejando amigo, --Se ha sentido mejor de animo --Aceptando diagnóstico lo ha cambiado --Sigue vida normal en familia, hace de cuenta no tiene enfermedad, --Sonríe tímidamente --Con el tiempo va sintiendo bien y la vida cambia --Trata de cuidar la otra persona --Esposa no lo reprocha --No ha cambiado su vida, tiene una vida normal --Lo va a soportar
--	--	--	--	--	---

Fuente. Personas con VIH participantes en el Estudio

#### e) Codificación Selectiva:

Siguiendo a Strauss y Corvin (2012), la codificación selectiva es el proceso de integrar y refinar la teoría para ello se realizó un análisis de cada uno de los fenómenos resultantes del esquema organizativo y se construyó un diagrama que refleja las relaciones entre los conceptos, así como la integración entre ellos.

Este proceso se realizó en dos fases primero escribiendo como se relacionaban cada uno de los conceptos entre sí de donde fueron emergiendo las fases y se complementó con un esquema de relación de categorías y subcategorías, nominando cada una de las fases y la nominación de la teoría emergente: Buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes, el esquema quedo integrado de la siguiente manera:

**Fig. N° 3 Ejemplo de esquema de relación de categorías y subcategorías**

<b>Fase I: Reconociendo riesgos compartidos y retorno a la familia</b>	<b>Fase II: Conociendo y compartiendo con otros.</b>	<b>Fase III: Transitando entre el sufrimiento y el cambio</b>	<b>Fase IV: Armonizando mi vida y relaciones.</b>
--	--	---	---

Compartiendo antecedentes de salud y gineco obstétricos	Manifestando síntomas	Conociendo el diagnóstico	Compartiendo el diagnóstico	Recibiendo atención al tratamiento	Evidenciando autocuidado	Evidenciada espiritualidad
Viviendo dolor de pérdida	Manifestando diversidad sexual	Teniendo esperanza y confianza	Transacción de apoyo	Recibiendo orientación	Asistiendo a la iglesia	Encontrando significado de vida
Experimentando relación de riesgo	Teniendo familia	Sintiendo enojo		Expresando sentimientos	Disposición y responsabilidad	Transitando
Teniendo creencias culturales				Recibiendo cuidados de Enfermería		
				Experimentando estigma		

Fuente. Personas con VIH participantes en el Estudio

### 4.3 Caracterización de los participantes en el estudio

A continuación, se presentan los datos sociodemográficos de los participantes en el estudio y que cumplieron los criterios de inclusión, en el siguiente cuadro (fig. N°4):

**Fig. N° 4.- Datos sociodemográficos de las personas con VIH participantes en el estudio**

Código	Seudónimo	Edad	Genero	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Tiempo Diagnóstico
001	Isaías	27	Masculino	Acompañado	Bachillerato	Empleado	2 años 3 meses
002	Miguel	30	Masculino	casado	Bachillerato	Empleado en ventas	1 año 7 meses
003	Marta	60	Femenino	Soltera	Analfabeta	Vende tortillas	1 mes
004	Juan	37	masculino	soltero	2° Bachillerato	Empleado	8 meses
005	Maura	20	Femenino	Acompañada	7° grado	Ama de casa/ventecitas	3 años
006	Clara	23	Femenino	Acompañada	3° grado	Ama de casa	1 año
007	Beatriz	43	Femenino	Acompañada	Profesora	Empleada	1 años 5 meses
008	Violeta	34 años	Masculino	soltera	9 grado	Trabajador sexual	4 años
009	Ana	47 años	Femenina	Acompañada	1° Bachillerato	Ama de casa	1 año
010	Antonio	53 años	Masculino	Separado	Bachillerato	No trabaja	6 meses
011	Andrea	26 años	Femenino	Acompañada	Analfabeta	Ama de casa	2 años
012	Rosa	41 años	Femenino	Acompañada	Analfabeta	Ama de casa	8 meses
013	Pablo	45 años	Masculino	Separado	7 grado	Vendedor	1 año 1 mes

014	Rene	30 años	Masculino	Casado	9° grado	Empleado en ventas	1 año 11 meses
015	Teresa	20 años	Femenino	Soltera	6° grado	Ama de casa	8 meses
016	Marianela	22 años	Femenino	Soltera	Bachillerato	Empleada	2 años 2 meses
017	Max	22 años	Masculino	Soltero	6° grado	Empleado	1 año
018	Juana	48 años	Femenino	Casada	5° grado	Ama de casa	1 año 7 meses
019	Andrés	27 años	Masculino	Separado	2° grado	Agricultor	días
020	Manuel	36 años	Masculino	Casado	8° grado	Soldadura	23 días
021	Sandra	35	Femenino	Soltera	-----	Ama de casa	3 años
022	Arely	40	Femenino	Soltera	Analfabeta	Ama de casa	3 a. 11 m.
023	Elías	48	Masculino	Casado	6° grado	No trabaja	15 días
024	Inés		femenino	separada	3° grado	Ama de casa	1 año 6 meses
025	Lucas	29 años	Masculino	Soltero	8° grado	Desempleo	2 a. 11 m.

Fuente. Personas con VIH participantes en el Estudio.

Los datos sociodemográficos que emergieron de los testimonios de las personas viviendo con VIH/sida son las personas que tiene en su organismo el virus de inmunodeficiencia Humana (Asamblea Legislativa, 2004) y que conformaron la saturación de los participantes en el estudio son once femeninos y catorce masculinos, algunos ejercen el trabajo sexual lo que es coincidente con las poblaciones de riesgo, población que es afectada principalmente por la epidemia (OPS/OMS, 2016), cuyas edades están comprendidas entre los veinte y sesenta años, a predominio de entre los veinte y treinta años; lo que de alguna manera es coincidente el comportamiento los grupos etarios de personas a nivel nacional de El Salvador (MINSAL, 2016) y provienen de la zona urbana y rural de otros departamentos, de colonias de la zona urbana de la ciudad donde se encuentra el establecimiento de salud. Los participantes tuvieron una conformación diversa entrevistando entre ellos a amas de casa, tortillera, empleados, trabajadoras sexuales, vendedores, (mercado y otros), soldador, agricultor-ganadero y desempleados; asimismo con relaciones de pareja estable como casados y acompañados y con relaciones inestables como separados y una persona en proceso de duelo por haber fallecido recientemente la pareja.

En cuanto al nivel educativo esta varía entre analfabeto, sabe solo poner la iniciales del apellido, primaria sin terminar, primaria, secundaria, secundaria y profesora, se destaca que no todos tiene trabajo o lo han suspendido por indicación debido a la situación de

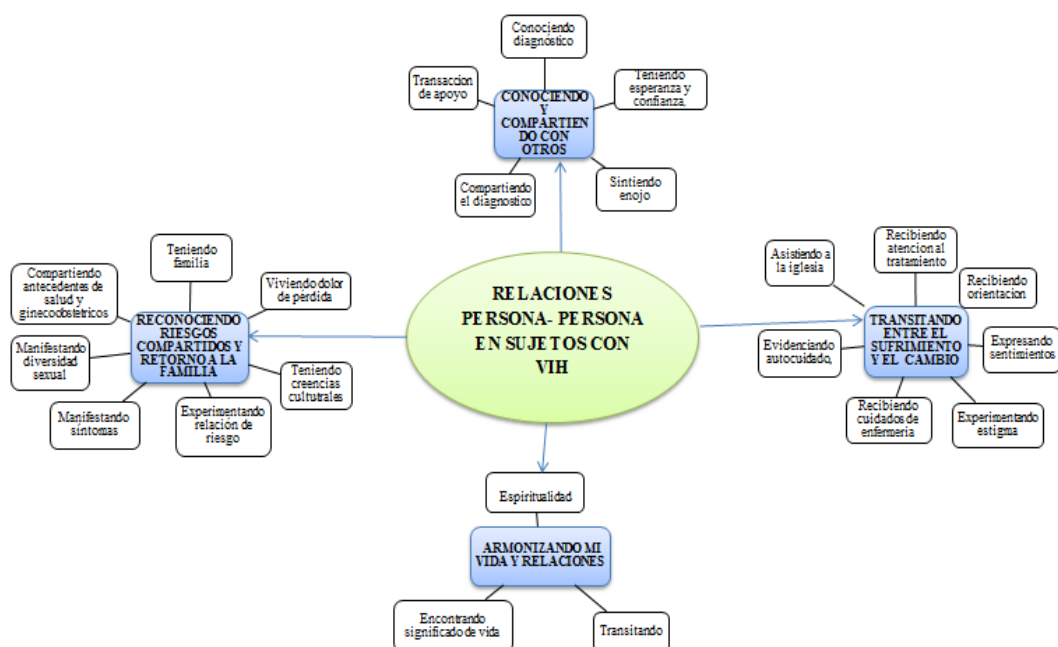
salud en la que se encuentran, hay participantes que trabajan en el comercio sexual, empleada de tienda, empleado en el sector de alimentos, de lavar en casa, haciendo ventecitas ; algunos de los participantes provienen de familias numerosas , familias migrantes y en cuanto a la estructura familiar esta alterada en algunos casos porque están en proceso de duelo por recién perdida de pareja, separados y en otros se encuentran en relación estable de pareja o se encuentran cómodos con la soltería. La mayoría de ellos comienza conociendo el diagnóstico en una cita hospitalaria por referencia de otro nivel de atención público y otros referidos de consultorios privados.

## **CAPÍTULO V: RESULTADOS**

### **5.1 Categorías encontradas**

Después de haber realizado el análisis de 2,728 códigos nominales, estos dieron como resultado las veinte y tres sub categorías, las cuales son: compartiendo antecedentes de salud, viviendo dolor de pérdida, experimentando relación de riesgo, teniendo creencias culturales, manifestando síntomas, manifestando diversidad sexual, teniendo familia, conociendo el diagnóstico, teniendo esperanza y confianza, sintiendo enojo, compartiendo el diagnóstico, transacción de apoyo, recibiendo atención al tratamiento, recibiendo orientación, expresando sentimientos, recibiendo cuidados de enfermería, expresando estigma y discriminación, evidenciando autocuidado, asistiendo a la iglesia, mostrando disposición y responsabilidad, espiritualidad, encontrando significado de vida y transitando, estas sub categorías a su vez produjeron las categorías: reconociendo riesgos compartidos y retorno a la familia, conociendo y compartiendo con otros, transitando entre el sufrimiento y el cambio y armonizando mi vida y relaciones, y se presentan a continuación la figura que representa las categorías encontradas seguido de un resumen de cada una de las variables :

**Fig. N° 5 CATEGORÍAS ENCONTRADAS**



**5.1.1 Fig. N° 6 PROCESO 1: RECONOCIENDO RIESGOS COMPARTIDOS Y RETORNO A LA FAMILIA**

RESUMEN DE CÓDIGOS NOMINALES	SUB CATEGORIAS	CATEGORIAS
Refiriendo padece de gastritis. Manifestando antecedentes de operación en el pie. Refiriendo incapacidad por gripe Sintiendo al regresar dolor en vesícula. Teniendo antes diagnóstico fiebres e infección de vías urinarias. Refiriendo antecedentes de exámenes negativos. Manifestando antecedentes de problemas del colon Confirmando se operó [esterilizo]. Manifestando antecedente de examen de VIH negativo. Ingiriendo después cerveza los fines y entre semana.	<b>Compartiendo antecedentes de salud.</b>	<b>RECONOCIENDO RIESGOS COMPARTIDOS Y RETORNO A LA FAMILIA.</b>
Manifestando inicio tratamiento y pareja lo suspendió y el murió. Confiando hermano se mató. Confirmando tenía un mes de tratamiento y falleció. Refiriendo muerte de pareja antes de cita de hijo. Falleciendo novio hace 2 meses. Presintiendo muerte pareja no quiso ir al hospital, quería verlos a todos. Refiriendo papa falleció hace nueve meses Confiando situación de duelo paterno e hija en penal. Expresándose por silencio al compartir hermano menor falleció	<b>Viviendo dolor de pérdida.</b>	

<p>Reconociendo comenzó relaciones sexuales con condón y luego nada. Negando novio tener esa enfermedad, consiente de número contactos y no creía tener eso. Teniendo relaciones con diferentes personas con y sin condón Expresando ex pareja era casada, le gustaban la disco Narrando uno le agarro e iba a ser violada por un segundo hombre, pero escape Refiriendo al estar con alguien no había necesidad de protegerse. Teniendo otra pareja desde 6 meses y no usan condón Confirmando se acostaba con cualquiera, hacia cincuenta al día Refiriendo a ex pareja, muy conocida, le gusta visitar la disco. Manifestando el papa de hijo menor le contagio</p>	<b>Experimentando relación de riesgo.</b>	
<p>Asumiendo suegra le había hecho brujería a novio Refiriendo suegra llegada de mariposa negra significa a hijo le hicieron mal. Manifestando creía a pareja fallecida que no [tenia VIH]porque era estudiado Expresando como hombre puede andar fregando, fue sin querer Siendo llevada que la sobaran por empacho y había bajado de peso Manifestándole estaba empachada Suponiendo niño nació sano porque durante parto no mancho</p>	<b>Teniendo creencias culturales</b>	
<p>Tocándose granitos pero no sentía dolor Sintiendo pereza, amodorrada, sueño y sin ganas de hacer nada Presentando problemas en la respiración, dolores de cabeza Parafraseando adelgazo [se le pegaba costilla] Consultando por diarreas y cólicos, no fiebre, al examen unas pelotitas Consultando por fiebre y perdida memoria reciente Teniendo problemas de piel y garganta desde que es portador Refiriendo comenzó con llaga en el cielo de la boca, dolía al comer Evidenciando probables problemas de concentración y/o del oído Sintiendo cuando camina la presión</p>	<b>Manifestando síntomas</b>	
<p>Expresando familia le critica por ser gay. Asumiendo es homosexual Comenzando a enamorarse, no se sentía bien, podría transmitirle algo Abandonando varios trabajos porque lo desesperaron por orientación sexual Afirmando no le gustaba trato por orientación sexual: se dedicó al comercio sexual Asumiendo su organismo es sensible, le ha afectado hormonizarse hasta que conoció el diagnóstico Cortando relación madre hijo por rechazo Manifestándole a familia es hombre con preferencias sexuales diferentes Manifestando ha escuchado le dicen maricon Aceptando homosexualidad es pecado Manifestando vive con la familia y solo, [no tiene pareja]</p>	<b>Manifestando diversidad sexual</b>	
<p>Refiriendo tuvo la hija por parto normal Manifestando la niña nació por cesárea e ingreso de tres días Siendo madre de cuatro hijos adultos Asumiendo paternidad de 4 hijos Refiriendo no le parece que esposa desee embarazarse de nuevo Expresando le duele apertura padres a otras personas y no hacia él Iniciando vida de pareja a tres meses de relación Refiriendo al casarse no quiso hijos su esposa si Teniendo pareja +, con bebe esperando resultado examen. Refiriendo ex pareja no quería saber nada de ella y no reconoció como hija Compartiendo esposo tiene 3 años de estar detenido. Invitando a la pareja arregle problemas con Dios.</p>	<b>Teniendo familia</b>	

Fuente. Personas con VIH participantes en el Estudio

### 5.1.2 Fig. N° 7 PROCESO 2: CONOCIENDO Y COMPARTIENDO CON OTROS.

RESUMEN DE CÓDIGOS NOMINALES	SUB CATEGORÍAS	CATEGORÍAS
<p>Conociendo respuesta sin rodeos: estas positivo</p> <p>Agachando cabeza ante pareja: no sabía que esto estaba pasando</p> <p>Confirmando primera pareja salió positivo cuando lo llevo al hospital</p> <p>Manifestando enfermedad trae consecuencias en piel, sistema nervioso y otros.</p> <p>Refiriendo no venía por esta enfermedad, no pensó tener esto.</p> <p>Resultando examen con problemas y no puede ser donante</p> <p>Confirmando conoció diagnóstico hace 5 meses.</p> <p>Conociendo diagnóstico por exámenes durante el 10° día de ingreso</p> <p>Manifestando no imagino la mandaran a llamar para la noticia: VIH + y embarazada</p>	Conociendo el diagnóstico	CONOCIENDO Y COMPARTIENDO CON OTROS.
<p>Creyendo hermana le traicionaría y podía decirle a la mama</p> <p>Perdiendo confianza en la pareja ya no creía mucho</p> <p>Refiriendo se reconcilio con hermano y volvió a tener confianza</p> <p>Compartiendo en su casa le hurgan sus cosas personales</p> <p>Refiriendo algún día se va a curar</p> <p>Deseando haya cura y le gusta ver estudios de miel de abejas</p> <p>Refiriendo saber con medicina se va a ir sintiendo mejor</p> <p>Refiriendo no tener mucha confianza con hijos.</p> <p>Refiriendo a pareja esperaba hijo no fuera estar así por tenerlo ellos.</p> <p>Esperando haya cura y se pueda curar [para VIH]</p>	Teniendo esperanza y confianza	
<p>Enojándose su pareja por sugerencia de condón.</p> <p>Asegurando suegra ella la contamina sugiere prueba a hijo de 5 años</p> <p>Sintiéndose peor por haberle pasado enfermedad a pareja.</p> <p>Manifestando esto le paso al alejarse de iglesia y agarro la calle.</p> <p>Pasando mucho tiempo con rencor hacia ex pareja por intención de hacerle daño, él ya era positivo</p> <p>Manifestando incomodidad a preguntas cómo se ha infectado y no sabe</p> <p>Expresando le indican antibióticos y matándolo esta enfermedad</p> <p>Cuestionando tener VIH, no ha sido mujer de la calle</p> <p>Repitiendo como si con solo hablar se transmitiera el VIH</p>	Sintiendo enojo	
<p>Manifestando durante ingreso en ISSS, por medicamentos admitió tenía eso</p> <p>Compartiendo diagnóstico con hermana migrante Manifestando suegros [ex] saben hijo fallecido le enfermo.</p> <p>Compartiendo diagnóstico primero a la mama Compartiendo diagnóstico a padres y ex pareja Manifestando solo la hija sabe</p> <p>Compartiendo diagnóstico a amiga quien llora con él al saberlo</p> <p>Compartiendo diagnóstico a esposa quien no lo reprocha</p> <p>Compartiendo diagnóstico a esposa: no lo culpo Compartiendo diagnóstico con la esposa y resultado negativa</p>	Compartiendo el diagnóstico	
<p>Visitando a la mama para compartir y ella le dijo tenía VIH</p> <p>Narrando amigo virtual (enfermero) le apoyo y explico</p> <p>Manifestando hermana migrante le aconseja se cuide.</p> <p>Recibiendo apoyo de hijo porque no trabaja. Contando padres migrantes deciden ayudarlo económicamente</p> <p>Manifestando madre le abrazaba y agradecía a Dios que estuviera viva</p> <p>Dándole apoyo emocional pareja al saber diagnóstico</p> <p>Evidenciando en consulta apoyo de pareja Compartiendo mamá: es linda, tiene confianza y la acompaña siempre</p> <p>Negando participación en grupos de apoyo.</p> <p>Refiriendo nueva pareja quiere conocer consultorio. Manifestando hermano ocasionalmente la trae cuando viene a examen.</p>	Transacción de apoyo	

Fuente. Personas con VIH participantes en el Estudio



**5.1.3 Fig. N° 8 PROCESO 3: TRANSITANDO ENTRE EL SUFRIMIENTO Y EL CAMBIO.**

RESUMEN DE CÓDIGOS NOMINALES	SUB CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Manifestando molestia al tomar pastilla sin comer Refiriendo al inicio de tratamiento tuvo mareos horribles como una semana Contando vendrá mañana a exámenes Confirmando nombre de medicamento de una dosis que toma</p> <p>Estando indetectable al virus por cumplir tratamiento día a día Siendo citado para consulta por resultado examen Narrando fue referida para examen confirmatorio y salió positiva Recibiendo medicamento y se secó la leche. Esperando recibir tratamiento de VIH</p> <p>Siendo citado urgente por enfermera.</p> <p>Llevando esposa a examen, esperando confirmatorio</p> <p>Realizando prueba a niña es negativa varias veces</p>	<p><b>Recibiendo atención al tratamiento</b></p>	<p><b>TRANSITANDO ENTRE EL SUFRIMIENTO Y EL CAMBIO.</b></p>
<p>Orientando médico evite: pupusas de pollo, mariscos crudos, carnes de vez en cuando Recibiendo orientación sobre la enfermedad</p> <p>Viendo en YouTube sobre cuidado: recurrir a iglesia, ejercicio, no trasnochar</p> <p>Refiriendo a pareja no le gusta y no sabe usar condón, es mejor estar así</p> <p>Manifestando le pidió librito a nutricionista para ver lo que puede comer</p> <p>Compartiendo no ha recibido orientación Conociendo si no tomaba tratamiento no iba a durar</p> <p>Narrando se quedó en área general esperando casi todo el día</p> <p>Manifestando la primera vez: no sabía dónde ir, a quien preguntar ni que hacer.</p> <p>Orientando enfermera con tratamiento se iba a sentir bien</p>	<p><b>Recibiendo orientación</b></p>	
<p>Sintiendo el mundo se le vino encima al recibir diagnóstico</p> <p>Afirmando saber del VIH es la muerte Manifestando intenciones suicidas y matar a las niñas</p> <p>Expresándose con lágrimas al compartir deseos de migrar.</p> <p>Llorando en reunión familiar, se sentía mal, hundido y no podía hablar</p> <p>Manifestando miedo en el trabajo por comentarios Iniciando dolor de cabeza [después de diagnóstico] Sintiendo se derrumbó al conocer diagnóstico Refiriendo conocer diagnóstico fue triste.</p> <p>Sorprendiéndose cuando hicieron la prueba confirmatoria</p> <p>Manifestando se sintió deprimido (conocer diagnóstico).</p> <p>Manifestando se ha alejado de la pareja y no duermen juntos</p> <p>Manifestando miedo le vayan a apartar plato, vaso</p> <p>Reaccionando al conocer diagnóstico salió en barajuste por la alameda</p>	<p><b>Expresando sentimientos</b></p>	
<p>Orientándole enfermera le diese apoyo moral a esposa a pesar de estar dañado</p> <p>Orientando enfermera enfermedad avanza sin medicamentos, ejercicio, alimentación</p> <p>Recibiendo cuidado enfermeras: a la hora el medicamento y lo llamaban por nombre. Manifestando enfermera le decía se veía mejor y se iba a recuperar</p> <p>Narrando durante ingreso por parto por ser del programa la querían dejar en el pasillo</p> <p>Esperando en archivo con enfermera en SS: todo iba a estar mejor y positivo</p>	<p><b>Recibiendo cuidados de Enfermería</b></p>	

<p>Narrando enfermeros cumplían medicamentos, le daban acetaminofén para fiebre</p> <p>Pidiendo ayuda a enfermera para ir al baño, nunca quiso ayudar, tenía dolor de vientre, frío por cesárea</p> <p>Sintiendo orientación y explicación de enfermera fue bonito</p> <p>Relatando dificultad en sitio y lugar para poner sueros</p>		
<p>Manifestando era traumante: cuñada decía a hijos lo abrazaran y regresaran rápido</p> <p>Narrando comentarios en trabajo: dios los guarde si estuviese ahí una persona con VIH</p> <p>Asumiendo si saben en el trabajo la discriminarían porque trabaja con niños</p> <p>Visitando a hermano: cuñada le dio agua en vaso descartable y no de vidrio.</p> <p>Aceptando familia comentaban podría tener VIH, y la miraban</p> <p>Refiriendo familia discrimina esta enfermedad</p> <p>Asumiendo si compartiese diagnóstico vendría discriminación por estar supuestamente sanos</p> <p>Manifestando en el hospital hay bastantes enfermeras discriminativas</p> <p>Repitiendo esposa sintió la distancia y se sintió muy mal</p> <p>Narrando vecinos no lo visitan porque dicen se puede pasar</p>	<b>Expresando estigma y discriminación</b>	
<p>Refiriendo es prevenido al cargar una pastilla por alguna eventualidad</p> <p>Refiriendo se ha cuidado: no trasnochar; alimentación incluye leche, yogur, frutas Refiriendo esposa amamanta la niña y está consciente y nerviosa del riesgo</p> <p>Aceptando tiene sexo con miedo, cuidado, moderado y con preservativo</p> <p>Manifestando con alcohol se siente bien y olvida enfermedad</p> <p>Cuidando no dejar manchado sanitario por menstruación, acá le explicaron</p> <p>Cuidando de andar limpias las manos y en alimentos a ingerir</p> <p>Cuidando no herirse cuando cocina</p> <p>Evitando bebidas alcohólicas desde conoce diagnóstico</p> <p>Durmiendo toda la noche y pastilla a la hora</p> <p>Cuidándose al refugiarse en música y ocupando la mente</p>	<b>Evidenciando autocuidado</b>	
<p>Manifestando estaba asistiendo a la iglesia católica Manifestando diablo quiso atacar su cuerpo, no pudo con su alma porque Dios sembró el evangelio Manifestando pareja asiste a la iglesia y ha cambiado</p> <p>Aclarando tiene diferencia de religión con la pareja Compartiendo asiste a tumba de beato cada mes Manifestando no tener iglesia fija</p> <p>Regresando después de diagnóstico a la iglesia Manifestando asiste iglesia [tabernáculo]</p> <p>Pidiendo a la virgen: si se iba a curar o si iba a tener tratamiento</p> <p>Compartiendo asiste a la iglesia católica y está en pequeña comunidades</p> <p>Estando mal espiritualmente, es católico y abierto a cualquier iglesia</p>	<b>Asistiendo a la iglesia</b>	
<p>Refiriendo le gusta compartir su vida y experiencia</p> <p>Mostrando disposición a orientación de doctora</p> <p>Refiriendo al llegar a la ciudad comenzó vida desordenada</p> <p>Manifiesta para recuperarse debe obedecer y tomar tratamiento</p> <p>Manifestado trata de no andar con uno y otro [hombre]</p> <p>Explicándole proceso a nueva pareja: preguntas, exámenes, quien dijo no se dejara Llegando a casa temprano pareja de trabajo</p> <p>Recordando consejo de padres de cuidarse pero se dejó llevar</p>	<b>Mostrando disposición y responsabilidad</b>	

Fuente. Personas con VIH participantes en el Estudio

### 5.1.4 Fig. N° 9 PROCESO 4: ARMONIZANDO MI VIDA Y RELACIONES.

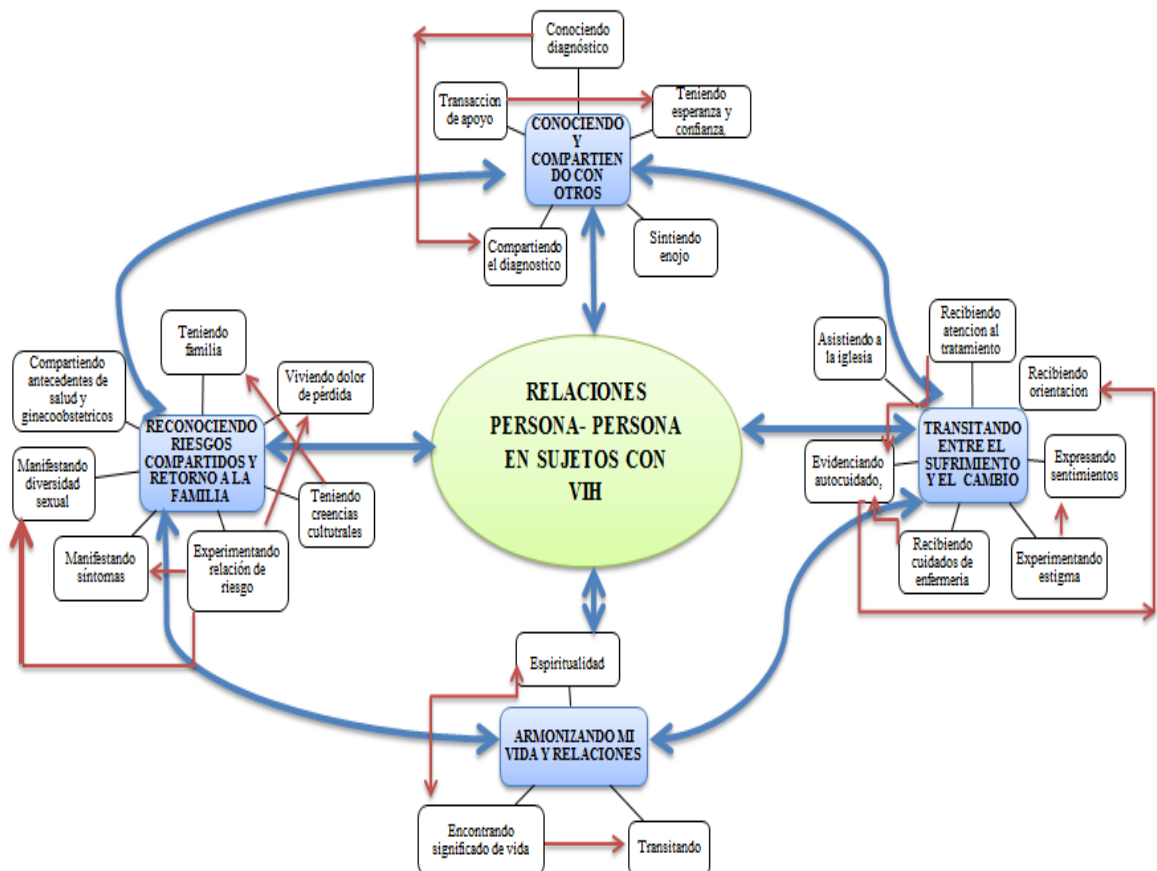
RESUMEN DE CÓDIGOS NOMINALES	SUB CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Refiriendo no es eterno y solo Dios sabe cómo morirá</p> <p>Manifestando no le puede decir a dios porque [tiene VIH]</p> <p>Manifestando Dios ha permitido milagro que niña no tenga la enfermedad</p> <p>Esperando que dios le dé vida para ver hija grande Agradeciendo a Dios no se le viene comida Manifestando Dios le va a curar</p> <p>Contando pidió perdón a ser superior Pidiéndole a Dios no hacerlo [matar hijas y ella] por ser pecado Agradeciendo a Dios estar aquí [viva] y sigue adelante</p> <p>Pensando era su fin pero Dios y oraciones le han ayudado</p> <p>Confianto espacio entre baños en hospital lloro y oró</p> <p>Manifestando relación con Dios está comenzando</p>	<b>Espiritualidad</b>	<b>ARMONIZANDO MI VIDA Y RELACIONES.</b>
<p>Manifestando estar alegre al confirmarle defensas están buenas</p> <p>Hablando con esposa le emociona puede trabajar Agradece charlas de la Lic., enfermera, y familiares le han aconsejado</p> <p>Agradeciéndole y pidiéndole perdón a esposa por lo que ha pasado</p> <p>Decidiendo irse de la casa por evento le encontraron recetas</p> <p>Estando consiente hay enfermedades más serias como la IRC o la diabetes</p> <p>Viendo el VIH no como enfermedad, sino a cualquiera le puede pasar</p> <p>Pidiendo en el seguro si le pase algo den diagnóstico de cáncer.</p> <p>Manifestado quiere vivir y tiene la ayuda Teniendo hijo pequeño cuando le descubrieron eso y deseaba verlo soltero Manifestándoles a hijos se tomaría tratamiento por ellos pero deseaba morir</p>	<b>Encontrando significado de vida</b>	
<p>Manifestando se entristece, llora y se vuelve a levantar</p> <p>Aceptando la vida sigue y un día se ira de este mundo</p> <p>Confirmando se debe buscar a Dios, ser fuerte y aceptar las cosas que uno se busca Sintiéndose al principio mal, poco a poco ya no [por diagnóstico].</p> <p>Manifestando no ha renegado y eso le ha ayudado a estar bien</p> <p>Compartiendo el saber que tenía eso fue volver a nacer</p> <p>Aconsejando a sobrino él se ve bien pero no sabe mañana</p> <p>Aclarando no pasa enfermedad con dar la mano antes pensaban así</p> <p>Reconociendo con el tiempo va sintiendo bien y la vida cambia</p> <p>Manifestando siempre esta bonita, no se deprimió ni se echó a morir</p>	<b>Transitando</b>	

Fuente. Personas con VIH participantes en el Estudio

## 5.2 RELACIONES PERSONA-PERSONA

Referente a los procesos persona- persona de los sujetos con VIH, en términos generales estos, se dan en diferentes ámbitos y momentos en los cuales se interrelaciona con otras personas, identificando categorías y subcategorías las cuales fueron analizadas, las cuales se presenta continuación:

**Fig. N° 10 Esquema de relaciones persona – en sujetos con VIH.**



## **5.2.1 CATEGORIA: RECONOCIENDO RIESGOS COMPARTIDOS Y RETORNO A LA FAMILIA.**

### **5.2.1.a Sub categoría: Compartiendo antecedentes de salud**

Los antecedentes relacionados a la salud son todos aquellos eventos y hábitos pasados que de alguna manera están relacionados e inciden en la salud incluyendo entre ellos los gineco obstétricos, así las personas con VIH no reconocen su salud alterada antes del diagnóstico; sin embargo, surgen remembranzas de sus alteraciones de salud como por ejemplo: gastritis, gripes, fiebre y otras condiciones de salud que fueron atendidas con procedimientos quirúrgicos resueltos y en resolución, como lo menciona el siguiente participante

***“... y... igual yo pensé que talvez no... como físicamente no presentaba ningún síntoma... no me sentía mal lo que sí que constantemente me daban gripes, me daban gripes fuertes ” (Isaías-P5L94)***

Por otra parte, surge la evocación de aspectos relacionados con antecedentes gineco obstétricos en donde se hace mención a tener hijos a edad temprana y posteriormente opta por la esterilización así lo señala:

***“Sí, eso tengo de operada, yo me opere, no quería más hijos... ya no podía porque..., una mujer es torcido ” (Marta- P15L332)***

Discusión

Los antecedentes personales son todos aquellos datos que reflejan la historia de padecimientos anteriores relacionados con la salud de los participantes los cuales pueden o no tener relación directa con el diagnóstico de VIH, se evidencia la presencia de

enfermedades que ameritan cirugía como la colelitiasis y presencia de algunas enfermedades comunes como la fiebre, gripe lo que es coincidente como lo señala la OMS (2017) que a veces en las primeras semanas no evidencian la presencia de ningún síntoma específico aunque en ocasiones puede presentar un cuadro pseudogripal con fiebre cefalea y otros; presenta también en los antecedentes hábitos nocivos a la salud como el fumar y bebida alcohólica que interfieren en el curso natural de la enfermedad del VIH (Hoffman, et al. (2016); un participante evidenció antecedentes de tabaquismo; los antecedentes gineco obstétricos emergieron datos relacionados a tener hijos cada año, decidiendo optar por un procedimiento definitivo de planificación familiar; es decir que las personas del sexo femenino se interesan por un método seguro y terminante, cuando se tiene una paridad satisfecha. (Torres y Vergara, 2011)

#### **5.2.1.b Sub categoría: Viviendo dolor de pérdida**

La muerte ocurre cuando se deja de existir y no es más que la finalización de la vida ya sea por razones naturales como una enfermedad o por no naturales como las voluntarias y los accidentes entre otros, en esta etapa la familia cercana vive un proceso de dolor interno ante la pérdida de un ser querido. El duelo como un evento impredecible se da en las familias de las personas con VIH cuando experimentan duelo por el fallecimiento de la madre, padre, hermano las cuales no están directamente relacionadas con la enfermedad del VIH; así lo declararon las personas con VIH.

*“él tiene nueve meses mi papá de muerto, desde entonces no, no hablamos o sea cómo que...” (Andrea- P7L130a)*

y ocurren tempranamente por tener pareja con diagnóstico de VIH sea la pareja o novio; cuando exteriorizan que:

***“...siempre he estado igual y todo, a pues y el sí falleció solo ocho días duro y falleció y todo,..., igual” (Marianela - P4L81 - 82)***

A continuación se mencionan los factores que facilitan o restringen la presencia del duelo y se mencionan entre ellos en su orden: discusión con hermano, duelo no resuelto y entre los relacionados directamente la muerte discutiendo y llamando a alguien, el diagnóstico de VIH, la presencia en velorio, el funeral y llanto de la madre (ex suegra); y sigue exteriorizando:

***“...y me dijo como estaba vaaa y yo le dije bien y usteeee?: aquí bien mal y se puso a llorar, no supero la muerte de xxxxx porque él nunca se acompañó, nunca se fue de la casa porque...” (Marianela - P6L125-L126)***

Por otra parte las estrategias que responden al fenómeno se encuentran el proceso de duelo en resolución, la comprensión de la tía, suicidio relacionado al alcoholismo y no resolución de duelo materno y asistencia al funeral, entre las consecuencias más importantes están el duelo en resolución pero con la conciencia tranquila, duelo no resuelto y expresado por tiempo de silencio al hablar de suicidio de hermano y muerte de la madre.

## Discusión

Comprendiendo que en el ciclo final de la vida debe ocurrir la muerte; en el caso del VIH/sida es notable que el espacio está dominado por las paradojas entre la vida y la muerte, entre la salud y la enfermedad, (Bustamante, 2011) ocasionando afectación en la familia que lo experimenta tempranamente, por otra parte en el proceso de duelo

ocasionado por la pérdida de un ser querido se identifican cinco fases siendo la negación y aislamiento, la rabia, la negociación, la depresión y la aceptación (Ross,1969), etapas evidentes y presente en los hallazgos particularmente la negación como un indicativo de haber experimentado una pérdida reciente.- Es de hacer notar que esta categoría está vinculada al ocultamiento del diagnóstico; como lo señala Almanza y Flores, (2012) en el que se alude a las dificultades experimentadas en revelar la causa del deceso por temor a sufrir al rechazo, vergüenza o la deshonra del fallecido.

#### **5.2.1.c Categoría: Experimentando relación de riesgo**

La relación de riesgo implica que las personas se interrelacionan con otras personas y establecen vínculos amorosos o no y en consecuencia sucede la relación sexual como producto del amor o del pacto en el que medía el dinero por sus servicios. Las causales de las relaciones de riesgo son por tomar decisiones en entablar relaciones con otras, varias, diferentes personas (del mismo o de diferente sexo) con o sin uso del condón, llevar una vida desordenada, ejercer el trabajo sexual y tener relación de pareja sin protección; se tenía por pareja a una persona casada que le gustaba la discoteca, porque vivía una vida de libertinaje, así lo menciona:

*“... bueno yo hacía cincuenta al día, me acostaba con cualquiera que se me ocurría, a diario estaba echándome perdón este yo atendía diez y siete, diez chavos en el día,...heee hacíamos orgias en mi casa desde las nueve de la noche hasta terminar casi las once de la mañana este y lo hacíamos sin preservativo y conocíamos el preservativo, estee es más...” (Lucas - P3L48- L49- L50- L51)*

Otro de los participantes expresa:

*“...bien de que con, con el yo sí empecé a tener relaciones sexuales entonces heeee con preservativo entonces ya luego con el viendo la situación de queee, nunca me imaginé, porque tampoco una persona heee positiva no se identifica tampoco anda un rotulo verdad..., entonces... el me pidió así sin preservativo, ni protección, ni nada entonces y...” (Violeta- P3L44- L45-L46- L47)*



Por otra parte, hay factores de riesgo externos como por ejemplo los que están en contra de la voluntad de la persona: violación en la playa, negando novio tener la enfermedad, por tener pareja VIH (+), la primera pareja tenía la enfermedad, por infidelidad de la pareja, al saber que ex pareja lo contagio/enfermo y en otro de los casos por problemas de confianza en las relaciones de pareja al asegurar que pareja era positiva y no le dijo y manifestándolo así:

***“Yo ya sabía que él estaba así antes, pero a mí no me habían dicho, porque yo mis exámenes después de que yo...” (Andrea- P3L44-L45a)***

Entre las condiciones intervinientes facilitadoras o que retrasan el evento se están la visita a playa solitaria, pareja falleció y tempranamente establece otra relación, ingesta de licor, realizar orgias en casa, con cualquiera, pero no sabe quién se lo paso y a ex pareja le gustaba la discoteca y novio no creía podía tener eso,

***“...no que él estaba consiente de cuantas personas había estado, que él no creía que tenía esto; ya teníamos dos años y medio de estar nosotros con la relación, apues y de repente... (Marianela - P1L11-L12)***

Las estrategias son escapar a una segunda agresión sexual, al expresar que nada cambiaría saber quién fue, llevar la pareja al hospital; y entre las consecuencias están creer que al estar con alguien no hay necesidad de protegerse, relaciones con nueva pareja sin condón; consumación de violación y herida en abdomen, llanto al recordar evento, tener VIH después de violación; conociendo ley si contagia a otro lo pueden demandar y

viceversa, así como sentirse engañada por apariencia de la otra persona, manifestándolo así:

***“... dos años, en esos dos años el, porque el vestía normalmente bien simpático porque a veces las apariencia engañan, entonces yo salía con él, yo estudiaba y trabajaba y nos veíamos hay veces... (Beatriz - PIL12-L13)***

## Discusión

Según la Asamblea Legislativa (2004) en la Ley y reglamento de prevención y control de la infección provocada por el virus de Inmunodeficiencia Humana, se defina a los contactos de riesgo son aquellas relaciones interpersonales, actividades o situaciones en las que una persona con VIH /sida corre el riesgo de transmitir a otra el virus por sexualidad sin protección y otros medios.

Es de considerar que en este estudio se ha detectado la fragmentación de sus redes familiares de los participantes en algunos casos por la migración, la condición de género, y en algunas personas del sexo femenino la violencia sexual ocasionada por la situación de crisis social y la práctica del comercio sexual como forma de supervivencia, se convirtieron en condiciones vulnerables para adquirir las infecciones de transmisión sexual; similares condiciones encontradas en un estudio realizado en Medellín por López, Ochoa, Alcaraz, Leyva y Ruiz, (2010) y particularmente el VIH, situación que los coloca en una situación de vulnerabilidad entendida como el resultante de una serie de aspectos individuales, colectivos y contextuales que repercuten en la susceptibilidad a una enfermedad por disponibilidad voluntaria o no de recursos de protección.(Meyer en Berbesi y Segura, 2014) y evidenciados en las relaciones de riesgo que fueron

experimentadas o que se practican por las personas con VIH, en una alta masculinidad expresada en la búsqueda de múltiples encuentros sexuales, con o sin uso del condón situación similar fue encontrada en un estudio realizado en Barcelona por Constanza, García, Díez, Martín y Cayla (2015); es decir alto recambio sexual y ausencia de métodos de protección de barrera (Cardona, 2010).

#### **5.2.1.d Sub Categoría: Teniendo creencias culturales**

Las creencias culturales en este grupo de personas han sido asumidas como pruebas, se encontró manifestaciones de creencias en las personas con VIH al asegurar que la muerte ocurrió por brujería por parte de otras personas, también se le atribuye la muerte y la enfermedad a la llegada de la mariposa negra ya que esta creencia tiene relación con el mal y entretelado con estas creencias está el hecho de sentir que la asustan y ve animales feos por parte de un miembro de la familia y por la participante creer que pareja no tendría VIH porque era estudiado, así como creer que fue sin querer porque como persona masculina puede andar fregando [con otras personas], así lo manifestaron

***“...porque antes de morir él a la casa llegó una gran mariposa y que eso significa que le hicieron un mal, a pues...” (Marianela – P8L178)***

Dentro de los factores que aceleran o disminuyen el evento están: el significado que se les atribuye a la presencia de mariposas negras, pensar y creer que el VIH no lo pueden tener personas estudiadas, los rasgos del machismo referente a las libertades que puede tener como persona del sexo masculino de entablar relaciones con otra persona diferentes a la pareja principal, tal como lo manifestó un participante:

***“...apuejjnnn y eso, fui y me dijo que si era... la cuestión del virus, bueno vaa, y mi preocupación era con mi esposa, me entiende, es que mi esposa esteee puya , porque uno puede andar fregando... yo decía puya las lastimosamente , fue sin querer , apuejjnnn a...”(Rene - P2L25-L26-L27)***

### ***Discusión***

En términos de definiciones cultura se clasifica como ideas o la cultura como comportamientos. La primera se visualiza desde la perspectiva de sus orígenes mentales -significados, ideas y conocimientos, así "la cultura es un sistema de símbolos que son compartidos, aprendidos y transmitidos a través de las generaciones en un grupo social y en términos de comportamiento, es decir en una cultura dada está definida cómo se comporta la gente y como ellos piensan, en todo caso se refiere a las ideas, conocimientos y prácticas transmitidas de generaciones en generaciones y particularmente dentro de esta concepción están inmersas las creencias (Lipson, 2000).

Dentro de estas prácticas culturales se evidencian las relacionadas a la brujería, empacho y machismo, aspectos que de alguna manera restringen la pronta atención, ocultan la verdadera causa de en la comunicad y el tener práctica sexual con libertades implica mayor riesgo a la pareja y a la familia.

Toda persona es miembro de una estructura social que ya existía y seguirá existiendo después de él, que como un sistema total tiene generaciones , grupos de edad entre y con un conocimiento que permite que se reaccione de varias maneras a la situación que el sujeto vive la experiencia, dicho conocimiento se erige sobre sedimentaciones de experiencias anteriores, experiencias presentes vinculadas a situaciones (Schütz y

Luckmann, 2009); es decir mediante conocimiento previo de situaciones similares que se transmiten de generación en generación, así las personas con VIH.

#### 5.2.1.e Sub Categoría: Manifestando síntomas

Los síntomas se refieren a la señal /manifestación de la presencia de una determinada patología en el organismo de una persona. Llama la atención que en esta categoría por tener una sintomatología indeterminada las personas evocan que era gorda, fortachona, chola es decir tenía buen peso para su edad; además cuando se enferma baja de peso; un elemento importante es que las personas con VIH le restaron importancia a estado físico; con respecto a los factores que facilitaron o restringieron tener síntomas de VIH fueron: no tener ningún síntoma físico, síntomas difusos como: adinamia (bien mal, pereza, amodorrada, con sueño, sin ganas de hacer nada, náuseas; experimentar síntomas diversos como fiebre (calentura), granitos en el ano, neumonía y problemas de respiración, gripes frecuentes, cefalea, vómitos [vasca en seco], anorexia (varios días sin comer), pérdida de peso (se le pegaban las costillas), deshidratación (boca seca por vomitar y olor a veneno), mareos, diarrea y cólicos, al examen ganglios (pelotitas), así lo manifestaron los participantes:

*“...me daban calenturitas, pero así a lo pasajero y yo entre comíya y entonces humm ese día que me grave, este amanecí con una gran vasca, pero a todo esto yo no sabíya que era, era una gran vasca, pero a todo esto la niña esta me trajo como a en la mañana... como a las 11:00 me trajo...” (Marta- P1L5- L6- L7)*

Y otro de los participantes manifestó:

*“... veinte y dos y veinte tres bien mal, pase trabajando pero pase bien mal, vomiteee esos dos días me deshidrate tanto y ¿Qué tienes primo ¿Qué tienes? Vos anda a pasar*

*consulta, mira como estas... Iiiijjjnnn, Y me puse bien mal si yo arrojeee y las diarreas pues y el doloooo en el colon me pase dos días sin dormir entonces, yo supuestamente yo lo que les he dicho...” (Juan – P8L167- L168- L169- L170)*

También otra persona con VIH expreso:

*“Como yo por ejemplo ehh, no sabía vaaa de que, me empezó una cosa, una enfermedad acá arriba en el cielo, como una llaga en la boca,... si Aja, en la boca, y me dolía para, para comer...” (Pablo - P1L5a- P1L5b - L8- L10)*

Referente a las estrategias que se consideraron fueron acudir a consulta, a emergencia, teniendo ingreso y egreso hospitalario , inicio de tratamiento, tratamiento de cobalto, pide a doctor ayuda por insomnio (para dormir), se reconoce hubiera fallecido si hija no la trae a recibir atención y finalmente entre las consecuencias en la familia: la hija la trae a la madre a emergencia, la prima le envió a consulta, conversación madre-hijo, con respecto al equipo de salud: medico valora mejoría, atención médica y el participante manifiesta que después de iniciado el tratamiento se levanta temprano de la mañana, mientras que otro participante se cansa al trabajar, expresándolo así:

*“... no tengo comunicación con mi pareja porque se fue a honduras, cuando trabajo un poco porque le ayudo a mi papa en la tierra, me canso...” (Andrés – P10L158- L159a)*

### ***Discusión***

La Organización Mundial de la Salud, OMS (2005) conceptualiza la infección primaria por el VIH como una enfermedad la cual puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo y establece cuatro etapas clínicas provisionales del VIH y el sida siendo en su orden: I.- Asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos; II.- Pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas; III: diarrea crónica sin causa aparente,

fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca, debe aclararse que algunas personas tienen sida en esta etapa y la Etapa clínica IV: (etapa de sida) que incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH;

Los síntomas de las personas con VIH son similares en ser son poco específicos coincidentes con los del presente estudio y con los hallazgos por Achucarro (2010) como nauseas, vómitos, dificultad para comer y tragar, mareos, decaimiento general, pérdida de peso, cefalea, dificultad para respirar, decaimiento físico, fiebre, diarrea y deshidratación entre otros, mientras que Garza, González, y Ocampo (2014) señala entre los síntomas fiebre, mialgias, adinamia, rash, úlceras en la cavidad oral que puede causar disfagia severa, provocando pérdida de peso, síntomas que impactan en la vida cotidiana de las personas.

#### **5.2.1.f Sub Categoría: Manifestando diversidad sexual**

Se concibe la diversidad de género como las opciones decididas por las personas alejándose de las relaciones convencionales y socialmente establecidas. entre las condiciones causales que no reconocimiento de su orientación sexual en su área laboral, reservaba de la orientación sexual ante la familia, las relaciones disfuncionales con la familia por defender las decisiones propias a las preferencias sexuales diferentes, así lo manifestaron:

*“...uno realmente escoge lo que realmente le gusta, lo que realmente es. Entonces eso me han inculcado que me acepte tal como soy y aunque....es pecado, es pecado pero yo he sabido aceptarme tal como soy porque si no me acepto yo nadie me va a aceptar porque mi pleito es con mi familia es más que todo porque dicen que yo soy hombre yo no te he dicho que soy mujer, les digo yo, yo soy un hombre con preferencias sexuales diferentes y quien cambia...” (Juan -P14L288-L89-L90-L91-L92)*

Mientras que otro de los participantes expreso:

***“...pero siento que realmente me quiere, porque una persona que aceptar a alguien como yooo, tiene que haber amor, ¿qué otra cosa puede haber? interés no creo, porque no soy una persona digamos millonaria para dar grandes lujos, que le pueda dar comodidades para decir que es por interés si no me quisiera no estuviera conmigo...”***  
***“(Isaías-P12L246-L247- L248-L249)”***

Dentro de los factores intervinientes en esta subcategoría están la decisión de ejercer el trabajo sexual, dejar la casa de la familia, manifestar abiertamente la orientación sexual, reconocer que la familia es crítica de su orientación sexual, aceptar los y el reconocimiento de una vida desordenada con múltiples parejas del mismo sexo con y sin uso del condón, las estrategias que responden al fenómeno son la ruptura relación madre-hijo sin reconciliación, la orientación por parte de la pareja para que vaya a consulta, el hecho de indicarle exámenes y compartir el diagnóstico con la mamá quien a su vez recomienda debe ocultarlo y las consecuencias sentir apoyo del equipo de salud, aceptar está viviendo con VIH, aceptarse como es, en algunos casos la comprensión de la madre y viviendo sin pareja, así lo expresaron:

***“...en mi casa paso solo allí en mi casa con mi mamá, solo con mi mamá...”***  
***(Violeta- P9L190-P10L192)***

### ***Discusión***

En un estudio cuantitativo realizado con el objetivo de determinar las actitudes y prácticas frente a la sexualidad de los homosexuales en una muestra de 335 homosexuales se encontró que la sexualidad en las parejas homosexuales es igual que las heterosexuales: constituidas por dos personas con su forma de entender la sexualidad, deseos, placeres y experiencias sexuales, que llevan a que los encuentros siembren en ellos deseos de volver a experimentar placeres, gustos y sentimientos encontrados que se generaron; Vélez, Rojas y Mogollón (2015), hallazgo que contrasta con los resultados encontrados en el estudio



realizado por Aviño, Olalla, Diez, Martin y Cayla. (2015) en donde se evidencia que ejercer la sexualidad en situaciones de riesgo para VIH-sida, con escasa comunicación y falta de negociación acerca del tipo de prácticas sexuales y el uso del condón.

#### 5.2.1.g Sub Categoría: Teniendo familia

El termino familia consiste en unirse a otra persona mediante vínculos legales o religiosos para tener vida en pareja y teniendo un proyecto en común, es decir cuando en el transcurso de la vida del ser humano toma decisiones acerca de realizarse, ser independiente respecto a su vida con otra persona.

Entre las condiciones causales se encuentran viéndose constantemente con la pareja, conformación, integración, solidificación y ruptura de la familia por fallecimiento pareja, deseo de embarazo, trabajo de parto, las relaciones de pareja y convivencia estable, interrumpidas por estar esposo detenido y por separación, no estable sin relaciones sexuales, así lo expresaron los participantes:

***“...me había dejado plantada, pero yo siempre lo acepte en mi casa y mi mama me dijo: Dios sabe lo mejor pero como tanto insistió y entonces le digo yo: mejor ya no quiero casar mejor solo acompañarnos, bueno nos acompañamos y me decía este yo quiero tener un hijo yo también...” (Beatriz - P3L49-L51)***

y otra persona con VIH manifiesta:

***“sí, pero como él estaba en tratamiento aquí y no me había dicho nada a mi...si, si, como el, como él está detenido...” (Rosa- P2L34-L36-L38-L40)***

Los factores intervinientes detectados fueron tener hijos, un parto vaginal rápido, estar conviviendo, vivir con familiar cercano recluso en penal, la ausencia del padre, ser abuelos, así como padres, mama, hermana, hermano, migrante, y fidelidad, expresándose así:

***“...desde que la conocí a ella le he sido fiel, nunca, nunca me acosté con otra mujer, que no fuera ella en seis años que tenemos de estar juntos, que por digo yo que si al caso hubiera alquirodo eso no puede haber sido aquí, porque solo con ella 6 años tenemos de...” (Elías- P7L146-L147-L148-L149)***

y agregan también:

***“... ehh, y entonces, yo tuve 4 niños, ... de ese muchacho, pero luego él se acompañó con otra mujer, me dejó pues, gracias al señor, yo seguí con mi vida, me gano mi vida trabajando, yo...” (Marta- P2L23b-L24)***

Las estrategias que responden a los hallazgos encontrados están: el ultimátum a pareja para que vaya a la iglesia, tener un hogar propio, vivir independiente, asistir a consulta ginecológica por deseo de ser madre y la realización de examen de VIH, tomar tratamiento al salir embarazada, el ingreso hospitalario y olvidar citas intencionalmente ara que la pareja le recuerde;

***“...pase lo que ha pasado y yo suficiente tengo y yaaa, este bastante gracias a Dios el me recuerda: ¿mira cuando te toca la cita?, no sé, le digo yo porque, a veces yo me hago como... para asustarlo a él...entonces él me dice: mira la tarjeta, me dice, porque ya casi va a ser 16, está bien le digo, pero no me recordaba, valla pues está bien...” (Clara - P7L137- L138- L139- L143- L144)***

Dentro de las consecuencias están: atención por parte del equipo de salud durante el parto vaginal o en la cesárea; asumiendo maternidad-paternidad, con la hija pasa

momentos felices ; sentir el amor de la pareja, tener relación y buena comunicación con la pareja, que el esposo le recuerda de citas, no tener hijos, tener hijos independientes, así como alteraciones en las relaciones familiares por migración, le duele apertura de padres a otras personas y no hacia él, estar pensando en separarse, viviendo solo, el amor del padre era equivocado, no tener amor para el padre por abandono, la tía asume figura materna, examen de VIH (+) y pareja (-), compartiéndolo así:

***“...los nueve meses se viene para acá y viene el médico y le dice, ya estaba con los dolores que le había bajado medio, y le hace la prueba acá y le dice el médico esta tu definitiva para saber qué hacer, le hace la prueba a los nueve meses y le dice el medico: aquí continua que no tenés nada ...., vas a tener el niño normal , le pregunto yo a xxx, ¿ estás...” (Manuel- P17L356-L357-L358-L359)***

### ***Discusión***

En la conformación de la familia de las personas con VIH este llega a sus vidas cuando esta ya constituida y en algunos de los casos en fase de consolidación y con el deseo de la llegada de los hijos periodo en el cual se diagnostica la enfermedad y se visualiza en las familias que la maternidad es un deseo en ocasiones de un miembro de la pareja y de familia en otros casos, siendo evidente observar madres con niños recién nacidos y en proceso de realización de exámenes de laboratorio por lo que la maternidad es un tema importante en este grupo poblacional; este deseo de tener hijos en la mayoría de las personas del sexo femenino con VIH es coincidente en un estudio realizado por Cliffe, Townsend, Cortina y Newell (2011) ; también es evidente relaciones de pareja estable el apoyo en la atención de los hijos a sus exámenes y de la pareja en la continuidad de las citas de control, así la familia [pareja] como figura de amor y apoyo contribuyen a superar su situación y se convierten en el motivo para seguir viviendo. Cardona (2010).

## **5.2.2 CATEGORIA CONOCIENDO Y COMPARTIENDO CON OTROS.**

### **5.2.2.a Sub Categoría: Conociendo el diagnóstico**

El hecho de conocer el diagnóstico se realiza mediante el acto de comunicación verbal de la lectura del examen confirmatorio del VIH del personal de salud a la persona que asiste a consulta en un establecimiento de salud.

Entre las condiciones causales para que conocer el diagnóstico se encuentran el realizarse examen en campaña, saber del diagnóstico de la pareja a los cuatro meses de embarazo y el propio a los ocho meses de embarazo, se imagina el diagnóstico al acompañarse a su pareja porque vio área diferente a las otras, en otro caso fue a control sola sin pensar en eso, la pareja estaba negativo, también las personas con VIH marcan ese momento en sus vidas al recordar la hora de conocer el diagnóstico así como los días meses y años; así lo expresaron algunos de los personas con VIH:

*“...pero yo nunca me imaginé porque me mandaban a llama, me mandaban a llamar para para decirme la noticia así...esto que, que era VIH positivo y embarazada, eso fue en xxx...” (Arely - PIL15-L16)*

Tener VIH también se conoce durante el ingreso por otra patología expresado lo siguiente:

*“... porque en los pulmones me salió que tengo flema yyy, y si esta, de allí creo tengo un riñón, más grande quel otro, pero de allí se fueron, se fueron y me dieron medicamento pero en todos los exámenes que me hicieron, me hicieron ese y hasta allí fue que me di cuenta como a los diez días que tenía eso. (Miguel- P3L59- L60-L61)*

Y además se conoce entre otras situaciones durante la preparación para cirugía, comunicándolo de la siguiente manera:

***“... que tenía cálculos en la vesícula; entonces me vine a poner en tratamiento aquí para que operaran entonces,...., y usted sabe que en el tratamiento hay un control de exámenes y todo eso, he cuando me hice el examen de sangre salí con eso y me dijeron que...” (Antonio- P1L19-L20-L21)***

Respecto a los factores intervinientes se encuentran: estaba sospechando el diagnóstico por haber tenido varios noviazgos a la vez, presintiendo: tengo el mal, contradictoriamente otras personas manifestaron no haberse imaginado tener el VIH, no lo esperaba; la respuesta se conoce en ocasiones sin rodeos al escuchar tenerlo/ era el virus, el examen no está bien y tiene VIH, salió positivo o de manera muy sutil al hacer comparaciones con otras situaciones difíciles de la vida para llegar a conocer el diagnóstico, en otros casos refiriere le dijeron tenía parasito en la sangre, espera del resultado por tres días, se conoce del examen es positivo al donar sangre y narran que donde ejerce el comercio sexual ya saben el diagnóstico y hay más portadores, diciéndolo así:

***“... pero el que no está bien me dice usted sabe del VIH? Si, le dije yo. Pues tiene y se me quedo viendo me agarro un temblor en el cuerpo y se me quedo viendo de allí le dije***

***Doctor: ¿usted está bromeando?, le dije yo, no estoy bromeando me dijo, no estoy...” (Juan - P4L76-L77- L78)***

, además otra persona con VIH expresó:

***“... resultado y la doctora cuando llegue comenzó ahí decir tal negativo [examen], pero con el VIH tenemos un problema me dice... y así sin andar sin rodeos me dice “estas positivo” y...” (Isaías-P2-L40- L41)***

En otro de las situaciones tener VIH se conoce de otra manera así:

***“... platicar con vos y cuando ya a platicar conmigo ellas no me dicen está enfermo, nada, solo mira queremos decirte que en la vida hay un montón de cooosas difíciles que uno está pasando, hoy en este mundo nadie es perfecto todos cometemos***

***errores me le dieron la vuelta a todo el mundo para,... ya iba entendiendo... “(Manuel-P3L58-L59-L60-L61)***

Las estrategias que emergen frente a conocer el diagnóstico están: el dar seguimiento porque no imagino la mandaran a llamar y estaba VIH + y embarazada, otros aducen que estaba ignorante del diagnóstico, se cree no le va a suceder, se recibe atención de psicóloga, también hacen referencia a que la sangre salió manchada, conoció el diagnóstico cuando ya no estaba con la pareja, cuando se tenía siete años de separada, claramente se afirma que no es feliz. Entre las consecuencias debe destacarse estar sorprendido y bien cortado al conocer el diagnóstico, no sabía el proceso de la enfermedad y como controlarla en contradicción cuando se asegura que la enfermedad trae consecuencias en piel, sistema nervioso y otros, se manifiesta con certeza que su hijo nació normal [sin VIH], el médico es quien prescribe pruebas aunque el novio estaba en tratamiento, la enfermera da explicación y por su parte se valora a amigo quien lo convenció de hacerse la prueba.

### ***Discusión***

En términos generales se identificaron que las personas con VIH conocieron el diagnóstico de manera ambulatoria y durante el ingreso hospitalario e informado durante la consulta del médico; previo a conocerlo algunos pasan por una fase de presentimiento porque a la mayoría de las personas llega sin esperarse, siendo este un punto crucial del camino a seguir en sus vidas ; es decir que recibir esta noticia histórica en sus vidas la divide en el antes y el después, marcado por el impacto de la noticia: saber que viven con

el virus del VIH y que a posterior, conlleva a cambios en su existencia (Konstantidinis y Cabello, 2012).

#### **5.2.2.b Sub Categoría: Teniendo esperanza y confianza**

Los sentimientos de valor, confianza y esperanza se consideran positivos, siendo el primero el que se refiere a tener expectativas relacionadas a lo que esperamos según nuestros deseos, la confianza es la seguridad que se tiene en otra persona y que se puede evidenciar y medir a través de acciones tangibles.

La confianza se manifiesta cuando se afirma que se le confía el diagnóstico a hermana, se sabe se va cuidar lo dicho, confía el evento de violación por el padre, segundo evento de violación y agresión física, cuando responde a familiares está mejor, cuando se muestra apertura al hablar de relación de la pareja, al reconocer que una persona positiva con VIH no se puede identificar; por otra parte se evidencia falta de confianza cuando los parientes políticos revisa recetas e investigan sobre sus medicamentos, en la casa le revisan las cosas, también se asegura que no se tiene confianza con hijos y se pierde la confianza en la pareja

Los factores que intervienen o facilitan la estrategia se encuentran tener conversación con ex pareja, madre – hija, se espera salir bien en examen y cuando se espera que pueda curarse, que hija no tenga eso, que a futuro haya cura, querer vivir, al afirmar se tiene esperanza en los hijos y cuando esperaba que el novio [falleció] se iba a curar, algunos de los participantes manifestaron:

***“Si ya son varios que se le han hecho hace poco que se le hizo el de año y le salen negativos y por esa parte me siento bien. Me siento alegre porque ahora lo más importante para mí es mi niña y no quisiera que ella saliera con eso” (Maura – P13L225-L226- L228-L229)***

***, también expresaron***

***“...mis hijos están lejos ahorita ni se acuerdan de mí pero por eso no me voy a martirizar eso me hace daño pero y por eso, porque la esperanzas son ellos pero tampoco les puede poner...” (Antonio- P8L153-L154)***

y la confianza se evidencio así:

***“...recorda que los hermanos no solo son de carne sino también para ayudarse en todo lo que necesiten y de aquí en adelante tenés un amigo, confía en mí todo, sentí esa pequeño ahí...” (Manuel- P6L114-L115)***

Mientras que las estrategias que se aplicaron fueron el acompañamiento, reconcilio con la familia, esperanza de vida, respeta decisión de no informar a familia el diagnóstico, refiere va a vivir, por otra parte, se siente ha desahogado de su corazón, se responden a preguntas de hija y se afirma que ya no le creía mucho a la pareja

### ***Discusión***

La confianza y la esperanza son sentimientos importantes en la vida de las personas con VIH, y emerge una relativa satisfacción y confianza mostrada ante el resultado de los hijos.

Los principales objetivos de las madres eran proteger a los bebés del VIH. (Leiva, Piscoya, Edwards y Palmieri, 2017); por otra parte, inicialmente se confía en otra persona



la situación de su estado de salud comparten su “secreto” a una persona de su ambiente familiar, dándose la violación de la confidencialidad del secreto (Konstantidinis y Cabello, 2012) produciendo cambios no deseados en las relaciones familiares que luego evolución de nuevo a la recuperación de la confianza.

### **5.2.2.c Sub Categoría: Sintiendo enojo**

La ira o enojo se refiere al sentimiento de sentirse atropellado en sus decisiones o pensamientos ocasionalmente se relaciona con la culpa de si o una reacción de trasladarle la responsabilidad de los hechos o consecuencias a otra persona.

En cuanto a las condiciones causales se encontraron la intención de ex pareja hacerle daño, saber que ex pareja era VIH y no se lo dijo, suegra no le ocultara del diagnóstico del hijo, pasarle el VIH a la pareja, se debe usar condón y no lo hace, diferencias con la mama, la vida desordenada, los señalamientos de la suegra de contaminar a la pareja, a las preguntas a como se infectó y no sabe, le indicaban ATB y tenía esta enfermedad, a atención discriminatoria de esposa; así lo manifestaron los participantes:

***“...pasado mucho tiempo que si tenía mucho rencor contra él, pero rencor no porque me había pasado sino por la intención de hacerme daño, porque él lo hizo con toda la intención de hacerme daño sin saber que yo ya lo tenía porque él lo hizo sin ninguna clase de protección y yo le decía que no, que así no, pero el...” (Isaías-P15L305-L306-L307-L309-)***

Además, agregaron:

***“...que me dejaron cien pastillas de antibióticos y a mi matándome esta enfermedad y yo tomándome todas esas pastillas,..., Fíjese que yo llegueee, cuando llegue al hospital no podía hablar,..., arruinadíito, horita se puede decir que estoy recuperadito y estuveee...” (Andrés – P4L54-L55-L56)***

Los factores intervinientes fueron tener diferencias con la mamá, conocer que la ex pareja era paciente del programa, rechazo por política, discusión con la pareja por no usar el condón, sentir que se realizó examen tardíamente, escuchar que suegra le dijera que hijo no era promiscuo, las preguntas del personal de salud de salud, saber que los antibióticos no era el tratamiento para su enfermedad y que dejaran a esposa en el pasillo del hospital.

Las estrategias que responden al fenómeno son que la madre pidiera perdón a hijo pero sin respuesta, en hospital no le exijan información que no sabe, acudir para atención a hospital público, que las visitas en el hospital las viese con pequeña bata de hospital y la indagación del personal de salud, el participante no guarda rencor, ni odio, el fallecimiento de familiares sin ser perdonados.

## ***Discusión***

La ira es un estado emocional negativo el cual puede surgir como una reacción a la vulnerabilidad ante a una amenaza, coerción o daño recibido, ya sean reales o imaginarios (Moral y Segovia, 2014) cuando establece relaciones con otras personas en el hogar, en el establecimiento de salud o en otros ámbitos. Este sentimiento negativo y expresados por las personas con VIH participantes en el estudio no es unas condiciones intervinientes favorables en la salud; sugiriendo que la ira y otros pueden tener un papel importante en la progresión del VIH incluso en personas con diagnóstico reciente que aunado a la carga de

la enfermedad y afectando dimensiones físicas, psíquicas y sociales puede comprometer de manera importante la calidad de vida de los pacientes. Ramos, Cabrera y González (2016)

#### **5.2.2.d Sub Categoría: Compartiendo el diagnóstico**

El compartir en diagnóstico se refiere al hecho de comunicar a una persona cercana su situación de salud ya sea por decisión propia o por necesidad.

En esta sub categoría se comparte el diagnóstico selectivamente y no en todos los casos se da el mismo comportamiento habiendo variantes en cada una de las realidades encontradas así se comparte el diagnóstico en el ámbito hospitalario durante el ingreso esposo a esposa ;se compartía al iniciar relación amorosa y a los días se terminada; en el núcleo familiar primario se comunica diagnóstico con esposo, hijos, hija que la acompaña a consulta, hijo- migrante por necesidad de ayuda; en el núcleo familiar ampliado se comparte con la mamá, padre, solo la madre conoce el diagnóstico y no los hijos; hermanos, hermana menor migrante, primas, excepto hermanas migrante, sobrino gay; con la familia política se comunica a cuñados, suegros, la familia política de pareja fallecida a nueva pareja ; en el ámbito laboral se comparte a compañera de trabajo ; en el ámbito social se comunica diagnóstico a amiga, amigo, ex pareja, además los factores que intervienen facilitando el proceso son el hecho que los padres le acompañan a consulta, que la hermana comunica a padre migrante amplía el círculo familiar de apoyo, comunicación virtual con amigo, en visita a la casa materna, a la casa de los padres, en reunión familiar y pidiendo mediación a pastor para informarle a pareja, hermanas, mama excepto papa; también experimentan dificultades al ingreso por no tener medicamentos

específicos, son personas que desean comprensión, ayuda económica, ayuda en el cuidado de niñas por intención de migrar pero antes de compartir diagnóstico se lo guarda durante ocho días antes de comunicárselo al esposo; expresándolo así:

***“Mmmm, agarre el resultado me fui para mi casa, pase una semana que no, no decía nada y entonces a los ocho días después le dije a mi esposo y ya vine a ponerme en control acá me mandaron de Fosalud para acá. (Juana - P3L46-L47-L48)***

Otro de los participantes compartió

***“...mama... le conté a mi hermana y mi hermana comenzó a llorar y a gritar no... no... decime que no, decime que es mentira y yo le decía tranquila... , tranquila no es que me voy a morir, yo no me voy a morir ya... y así yo le dije y le hice jurar que a mi mama...”(Isaías-P3L60-L61-L62)***

Para ello la comunicación se da de manera telefónica, virtual (con amigo), verbal, personal y directa a la madre, hijos, hijo, ex pareja, pareja, mama, suegros, hermana, tía, primos, hermana migrante, en el hospital, amiga confidente, compañero de trabajo, mama y hermanas, a esposa, a pastor, mediante consejos a sobrino así como también en reunión familiar, en este proceso la confianza de pareja permitió que la relación continuara mientras que en otro caso al conocer el diagnóstico hubo una ruptura inmediata de relación, hubo acompañamiento de ex pareja a consulta médica e intervención pastor de iglesia como mediador y apoyo.

Las consecuencias que emergen se dan básicamente en el ámbito familiar, la esposa acudió a consulta y está a la espera de respuesta de exámenes, así lo manifestaron:

***“... me case con mi esposa, que es la que tengo ahora, entonces lo que más me ha dolido a miii es verla contagiado a ella, porque por lógica después de haberme dado cuenta yo del problema, la lleve a ella también al hospital de xxxxx y si le salió positivo,***

***ahorita está esperando confirmatorio ella también, entonces eso me ha dolido a mí, porque (Elías- P2L32-L33-L34-L35)***

Además entre las consecuencias también están la relación de pareja continua por la confianza de haber compartido en diagnóstico, inicio de nueva relación y pareja aún no ha venido a control, la persona con VIH estima evitar tener vida sexual después del diagnóstico, la esposa se muestra comprensiva y su examen resultó negativo y después de estar sin relación estable se esta es relación homosexual estable y la pareja conoce el diagnóstico; en el ámbito familiar la madre estimula debe pedirle a Dios, llanto en reunión familiar, llanto de hermana y la promesa de cuidarse, enojo con el hermano por compartir el diagnóstico con otros hermanos y padres al solicitar ayuda moral y económica para hermano pero después se reconciliaron, la pareja falleció y los suegros le apoyan ocasionalmente y no interviene en nueva relación; comprensión de la mama pero no desea preguntas de hermana migrante, se cataloga la vida familiar como normal porque la esposa no le reclama nada; se mejora comunicación con padres y ex pareja, se da comprensión y se reconoce que se unió más a la familia, la hermana y padres migrantes conocen el diagnóstico, le brindan apoyo moral y económico pero lo llevarán al extranjero para mejor tratamiento, nutrición y cuidado; en el ámbito laboral después de compartir el diagnóstico a compañera de trabajo sintió apoyo, no lo veían de menos, lo abrazaban pero escuchaba de otros comentarios negativos y finalmente en el ámbito social se reconoce que el soporte de amigo en su momento.

***Discusión:***

Compartir en diagnóstico es difícil para las personas con VIH; y este se convierte en un secreto compartido selectivamente entre algunos integrantes de la familia (Álvarez, 2013) siendo la madre a quien más frecuentemente se revela el diagnóstico (Medina 2010)

#### **5.2.2.e Sub Categoría: Transacción de apoyo**

La transacción de apoyo se refiere a las diferentes acciones que la persona da o recibe en una determinada situación, incluye también la carencia de estas acciones.

Entre las condiciones causales se mencionan al acompañarle la pareja compartir el diagnóstico, cuidarse como pareja, cuando la esposa no lo reprocha, cuando le incentivan a que tenga una nueva pareja, al compartir el diagnóstico, recibir llamada de madre migrante, desahogarse con hermanos, la cuida la hermana, recibir consejos, orientación, un abrazo, buen trato, cuidado en alimentación, al acompañarle la hija a la consulta, comunicarse virtualmente, compañía a examen, consulta, visita en hospital, a contactar al médico, ayudarle con transporte, prometerle ayuda económica, no recibirá ayuda económica de hijos, al apoyarle la vecina, al recibir soporte emocional, escuchar comentarios negativos, no asistir a grupos de apoyo , manifestándolo así:

***“...el ánimo porque lo tenía bien bajito y la niña xxxxx [enfermera] me sobo la espada donde me veía llorando, y sentía una gran llenura bien galán me sentí porque si me sentía bien bajito, me sentía, ..., me sentía perdido pues, me sentía que, que todo mundo al verme...” (Elías – P6L111-L112-L113)***

y una madre llama a su brindándole su apoyo:

***“...lo que sea, porque si Dios pudo perdonar a los que lo estaban matando en la cruz me dijo, quien soy yo para no ayudarte me dijo, y no se me van a olvidar esas***

*palabras y me dijo: hijo quiero decirte que aquí está tu mamá, aquí está tu mamá pa, para, para todo hijo...” (Manuel- P11L240- L241-242)*

Entre los factores que facilitan o restringen están reiterarle su pareja que la quiere, la comprensión, orientación no hacer eso (suicidio), recordarle que debe tomar la pastilla, el hecho de recibir abrazos, ayuda económica, la promesa de ayuda visita en hospital, conversación telefónica, personal, la compañía, salir con hermanas, no sentir alejamiento, llanto, tristeza, deseo de migrar, no tocar el tema, no asistir a grupos de apoyo, enviando tarjeta a amigo para que asista consulta.

Las estrategias puestas en práctica y que responden al fenómeno son: comprensión, orientación no se debe, conversando con la mamá, no llorar, ir a tratamiento, llevarse bien con hermana, recibir ayuda de terceros para visitar a hija en la cárcel, la pareja está comprendiendo, acompañando, orientando, reiterando amor, brindando apoyo moral, siendo cuidado, apoyando a consulta; en la familia: recibiendo de la mamá llamada telefónica de apoyo moral, económico pero debe ocultar diagnóstico, evitando hablar del tema, trayéndolo a emergencia, acompañando a consulta, visitando en hospital, conociendo que la hija no la acompañara siempre, hijos apoyando ir a consulta [no saben Diagnóstico], olvidando hijos ayudar económicamente, estimulando migración, diciéndole esta con él, hermana/o: jurando que no vaya a compartir diagnóstico, ofreciendo ayuda, rompiendo secreto, comunicación a terceros, brindando confianza, acompañando a consulta, sacándolo a distraerse, enfermera: orientando a no es para morir, no se preocupe, es común, sobando espalda, no debe hacer eso [intentos suicidas], abrazando, trabajadora social: brindando apoyo emocional; por otra parte los amigos: escuchando,

orientando , apoyo virtual; en el trabajo: siendo abrazado, no lo rechazan selectivamente, escuchando comentarios estigmatizantes y complementariamente se menciona que evitando asistir a la red de apoyo por gente conocida.

### ***Discusión***

Cuando se comparte el diagnóstico selectivamente a personas familiares más allegadas se reciben apoyo de la familia (Mendoza y Rubio, 2016), quienes juegan un importante rol en la vida de los pacientes con VIH/ sida (Achucarro, 2010) siendo este su principal apoyo (Xiaoyan & Sato, 2011) dato que converge con un estudio realizado por Delaney, Serovich y Lim (2009) en donde se encontró con el aumento del apoyo social familiar se redujo la depresión; siendo este un aspecto significativo a las personas con VIH.

## **5.2.3 CATEGORIA: TRANSITANDO ENTRE EL SUFRIMIENTO Y EL CAMBIO.**

### **5.2.3.a Sub Categoría: Recibiendo atención al tratamiento**

La atención al tratamiento del VIH son las diferentes actividades de las que participa y benefician las personas con VIH, las enfermedades oportunistas, atención del parto y otras por parte del equipo de salud. El seguimiento de las personas con VIH se refiere a las diferentes actividades relacionadas a la salud en el proceso de confirmación del diagnóstico particularmente de los resultados de examen y se da mediante un citatorio por el personal de salud para que la personas asista al establecimiento de salud, se refiere además a la referencia, y ocurre de los niveles de menor a los de mayor complejidad en donde se brinda atención específica para personas con diagnóstico con VIH. Así lo expresaron en lo que se refiere al citatorio:



***“...dijo “te quiero ver, apúrate que aquí te necesito urgentemente” me dijo. ¡Hay no! Dije desde ese momento, ¡tengo el mal! “y que te pasa” me dijo aquella. No nada le dije de allí...”(Juan - P3L61– L62)***

También hicieron mención a la referencia:

***“...hablar todo, fui donde el doctor, recuerdo la doctora me dice vas a iniciar tu tratamiento y te vamos a mandar para para San Juan de Dios, con un papel así, así como este papel así...” (Manuel- P4L77-L78)***

Además, compartieron respecto a la confirmación del diagnóstico así:

***“... dije y porque me salió así y entonces y me dice la doctora: es que, estas enferma te voy a dejar otra vez el examen y vas a ir al xxxxx entonces bueno está bien dije, entonces...” (Beatriz - P3L58-L59)***

Para la atención de las personas con VIH se dispone del equipo de salud constituido por los diferentes profesionales de la salud que brindan atención a la persona con VIH siendo el medico a quienes se califica como profesionales que brindan buen trato, apoyo y orientación y en alguno de los casos se tiene la confianza de preguntarle cómo hacer para compartir el diagnóstico con la familia, durante la atención indican las pruebas diagnósticas en otro de los casos de manera voluntaria en campañas, cuando se va a ser donante de sangre, durante la consulta, control del embarazo y otros. Al momento de recibir la indicación de realizarse el examen emergen temor porque estar consiente de haber llevado una vida desordenada, bien porque los dos exámenes de la hija los resultados son negativos, se reconoce que los exámenes de carácter privado son caros pero la respuesta es rápida y si pudiese se los realizaría en el área particular.

Así lo expresaron en lo que se refiere al buen trato:

***“... Puesi porque como..., aquí lo atienden bien a uno gracias a dios, no nos quejamos de nada, de la atención verdad, ahí que vaya pedir más atención no se pude...” (Inés – P6L146- L147)***

También hicieron mención a los resultados de examen de hija

***“Ella está bien del todo los exámenes que le han hecho, si, ha salido bien “ (Sandra- P3L66)***

Las personas con VIH acuden personalmente a recibir, con la hija o la pareja y en algunos casos acuden como primera vez o inicio a recibir atención de médico particular y de instituciones de niveles de menor complejidad de atención que luego son referidos a este centro hospitalario al igual que quienes consultan en para atención de emergencia, embarazo, cesárea y parto normal; y en dicha atención pasan consulta, se realizan exámenes incluyendo el confirmatorio y de control de VIH, les elaboran su expediente clínico y tarjeta de citas a consulta, reciben tratamiento médico institucional y ambulatorio y más específicamente detallan recibir INH para los pulmones , tratamiento de vitaminas, suplementos alimenticios, sueros uno cada día en el área del programa y emergencia en fines de semana, entregar muestras de esputo; y en el caso de enfermedades asociadas al VIH para recibir tratamiento de llagas en la boca, toques de podofilina así como para recibir atención psicológica, recibir cita de asistencia de la farmacia del programa, atención de otras dolencias , cirugía de hernia, cálculos en la vesícula, histerectomía pero también acuden a otras instituciones para solicitar incapacidad laboral y recibir sesiones de cobalto.

Así lo expresaron en lo que se refiere que es primera vez que viene a consulta:

*“...pero lo que hago es no pensar en eso y pensar en que tengo que seguir adelante y no sé qué más podría decirle porque la verdad es que es primera vez que vengo acá, primera vez que...” (Miguel- P2L46-L47)*

También hicieron mención a estar recibiendo INH:

*“Estoy tomando esa Isoniacida que es para los pulmones, que dice... si, y de esa otra rosada...” (Rosa- P6L105-L107)*

Además compartieron respecto a recibir tratamiento específico:

*“...una que la conocen como triple que es una sola dosis, es la que estoy tomando ahorita esa al siguiente día ya tenía el...” (Isaías-P6L127-L128)*

Las personas con VIH reciben atención médica de manera inmediata y uno de ellas tuvo que esperar periodo largo de tiempo (nueve horas) para su atención en donde las condiciones de acuerdo a la demanda no siempre son las ideales porque la espera se hizo en el piso del hospital porque no había donde, al asistir a otro establecimiento existe requerimiento obligatorio de recibir educación junto con un familiar aspecto que no fue del agrado del paciente contradictoriamente e importante de resaltar en sentirse bien atendido con amabilidad de cambiar fecha de citas para consulta médica, la orientación fue amable, sin maltratarlo, con educación y se basa en los resultados de los exámenes y orientando acerca del probable estadio de la enfermedad y de la enfermedad en general.

El ingreso es señalado como una experiencia dura es decir no agradable que refleja el sentimiento interior respecto a esa experiencia; deja señales físicas como lesiones [equimosis] que reflejan los efectos de los procedimientos del tratamiento, por otra parte el ingreso el tiempo mide el ahora que se conoce el diagnóstico y se va a recibir

tratamiento, la indicación de recibirlo según los resultados de exámenes, recibir orientación de los efectos secundarios; pero también marca el después de conocer el diagnóstico periodo en el que se tiene ingreso hospitalario y no se tiene una persona de confianza para que le asista en llevarle su medicamento, además marca la decadencia física al inicio del tratamiento y marca el paso a paso del mismo ya que este se debe de cumplir completo y diariamente. Diferenciar el tratamiento para el VIH y el preventivo de la tuberculosis no siempre es claro y se presume es para la tuberculosis por el periodo de duración de este, también por razones desconocidas se solicitó alta hospitalaria, al recaer se niega a ser traído y ocurre la muerte.

El inicio del tratamiento varia en una persona a otra: se inicia el día que se conoce el diagnóstico de la pareja, cuando son enviados al hospital a iniciarlo, durante el ingreso, en otro de los casos al inicio decayó y tenía a su esposa embarazada; al informarle que Cd4 están bajos y a la vez le orientan los efectos secundarios que puede presentar. Se recibe orientación por la licenciada [Enf] que debe cumplir el tratamiento completo, debe tomarse día a día, pero en otros casos aun no recibe tratamiento para “eso”. No siempre el tratamiento que se recibe es específico para el VIH, sino que reconocen es para los pulmones [tuberculosis] siendo identificado como antibiótico para que el cuerpo no sienta dolor ni nada y sane internamente el cual durara nueve meses Algunas personas con VIH señalan con precisión el cumplimiento, es decir la hora de la ingesta y el período de cumplimiento [seis meses] así como explican a hijas le recuerdan de “la vitamina”; con respecto a los efectos secundarios varían, de no sentir nada a molestias físicas como intranquilidad caracterizado por caminar, sentarse, pararse, ganas de barajustar [salir

corriendo], fatiga, mareos comparados a los efectos de droga, temblor matutino ocasional y pasajero, expresándolo de la siguiente manera:

***“... sentí ya fatigada, que yo sentí ya fatigada, porque es un pastilla, es una cosa que, que noo siente tranquilidad uno, ni caminando, ni sentado, ni parado, ni en la casa...solo ganas de barajustar dan, entonces yo le pedía al señor !Ayúdame! no me hagas sufrir, si yo lo... si yo... si, si, si yo...”(Marta- P11L236- L237- L238)***

La ingesta del tratamiento puntual tiene sus efectos favorables al referir que esta indetectable, pero ocultan de que se den cuenta de ello; una de las personas con VIH compara entre el tratamiento del seguro social que provee de vitaminas, pero no así acá, a pesar de ello se tiene la esperanza de seguir así estará bien. Finalmente se encuentra en la encrucijada cuando la esposa desea otro embarazo asegurando hay tratamiento para niños. Emerge la automedicación antes del diagnóstico al ser llevada por la hija a que le administraran suero más vitaminas apreciando mejoría temporal (sintió la levanto ligerito, se sintió bien por seis meses), se asegura que lo haría de nuevo porque siente la necesidad de más suero y vitaminas, en otro de los casos se compra vitaminas cuando puede, se toma miel de abeja por las mañanas para sus defensas. Durante la asistencia a las citas se tiene la iniciativa de ver la comunicación escrita acerca de las novedades en el cartel del consultorio, por otra parte, la comunicación con la pareja no siempre es la ideal al manifestar nula comunicación con ex pareja, deficiente comunicación con la pareja al manifestar desconocer la razón porque no han traído del penal al esposo a control y miedo a invitar a pareja a examen.

Se percibe entonces que al conocer el diagnóstico la persona recibe referencia a otro nivel de atención, es atendida en consulta médica, se toma de exámenes indicados, recibe tratamiento y lo cumple tomándose la pastilla, en este proceso recibe apoyo de la familia porque las hijas le recuerdan tomarse la “vitamina”, le hacen el “hemograma” al hijo y reciben apoyo de la familia, expresándolo así:

***“... No ahorita como tiene veinticuatro días, nada menos ahorita la acabamos de lleva a un hemograma, pero dijo el doctor que pero no hay problema porque ella desde estaba embarazada ya estaba tomando medicamento como para cuarenticuatro días, no hay... “(Rene - P5L94-L95-L96)***

También se recibe apoyo de pareja e hijas, reciben orientación al recibir charlas de médico, enfermera: reciben atención durante ingreso, reciben transfusiones de sangre, le orientan de efectos secundarios de tratamiento y del pastor; con la pareja manifiestan confianza y poca confianza además al compartir el diagnóstico en pareja ambos inician tratamiento.

Lo antes mencionado trae consecuencias como que el medico: prescribe, indaga, orienta, alienta; enfermera: orienta, cita a resultado de exámenes , apoyo emocional; la relación de pareja poca confianza, tiene confianza, esposo sin control , esposa desea otro hijo/esposo no lo desea; el personal de salud: brinda atención amable y con respeto; el laboratoristas: toman muestras, el medico: da charlas en grupos de apoyo de pacientes con VIH, médico y enfermera: buen trato y respeto , no le brindaron atención solicitada,

medico        ISSS informa debe trasladarse, nutricionista: orienta prescribe suplementos alimenticios , la psicóloga: brinda atención; la trabajadora social: brinda atención y causa temor; la familia ausente/apoya durante ingreso, papa le cuida, hija le compañía a consulta, hijas pequeñas: recuerdan hora de la vitamina, traen al niño a “hemograma”, mama: no sabe y se esconde el tratamiento; suegra duda de resultado de examen, el amigo le brinda confianza, el participante: olvida orientación, cumple indicación, desconoce ex pareja tiene tratamiento,: no lo ha invitado a exámenes a nueva pareja; el pastor: da charlas en grupos de apoyo de pacientes con VIH.

### ***Discusión***

La terapia antirretroviral (TAR) en un plan de tratamiento organizado, no curativo, pero evita el progreso de la enfermedad, a estadios más avanzados y disminuye la transmisión del virus al descender la concentración de VIH en el cuerpo. (Garrido, 2017); Las candidiasis orofaríngea y esofágica son posiblemente las infecciones oportunistas más frecuentes y evidentes en los pacientes con infección por VIH con Inmunosupresión grave (linfocitos T-CD4 < 200 céls/mL). Se caracteriza por disfagia, odinofagia y pérdida de peso. (Lasso, 2011); también es importante señalar que las situaciones que generan estrés están en relación con la falta de medicamentos para el VIH, es decir con la no adherencia al tratamiento. (Leserman, Ironson, O’Cleirigh, Fordiani, & Balbin. 2008)

#### **5.2.3.b Sub Categoría: Recibiendo orientación**

Orientación se refiere a las diferentes acciones que la persona da o recibe en una determinada situación, incluye también la carencia de estas acciones.

Entre las causales de recibir orientación se encuentran el diagnóstico de VIH, durante atención por nutricionista, durante la relación con la enfermera, durante la consulta médica; expresándose de la siguiente manera:

***“...pero luego vino,...., laa enfermera y me dijo, mira no vayas a hacer eso, porque este eso no es tan oscuro como le dicen, eso fue lo que me dijo, de ahí sale un 50% de esa enfermedad y con los medicamentos te vas a sentir bien, porque...” (Inés - PIL8-L9-L10)***

y además manifiestan:

***“... dice el doctor que no debemos comer es pupusas de pollo o marisco crudo como los cocteles, aquel huevo tibio cosas así, pero ya el pescado, ya el pescado o camarón bien cocinado lo podemos comer y la carne de cuche, la carne de res yo prácticamente no la como, allaa al...” (Arely – P8L154-L155-L156)***

Entre los factores intervinientes están la actitud de escucha, la búsqueda en internet, el miedo en la primera vez de consulta, ser enviado a archivo sin orientación y estando esperando todo el día esperando ahí, recibiendo orientación no específica en el programa; comunicándose así:

***“Mmmm, bueno pues desorientación, desorientación he tanto, creo que de la parte de acá como la parte de archivo que no me especificaron adonde yo tenía que ir porque la de archivo solo me dijo vaya donde el doctor pero no me dijo cual, no me menciono nombre...” (Max- P7L139-L140-L141)***

Mientras que las estrategias utilizadas fueron las charlas, recibir / no recibir orientación, desconocimiento que es VIH, recibir indicaciones no claras, el librito de nutricionista; y finalmente como consecuencias se identificaron el medico refiriendo,



orientado sobre enfermedad, alimentación, uso de condón, no desvelarse, no ande trabajando, continúe espiritualidad, anoto orientación y no oriento, la enfermera: indicación no clara, apoyo emocional, en el archivo no proporcionaron indicación a donde regresar, nutricionista: presta libritos a los pacientes durante la consejería, persona con VIH: realiza búsqueda virtual de información, abandonando asistencia por cinco meses, usando mascarilla más tiempo del requerido, expresando:

***“... sino aquello... de ayudar de llegarme a explicar y entender en lo que consistía la enfermedad cosa que yo sabía el VIH, la muerte y ya; no sabía, no sabía el proceso, en qué proceso iba la enfermedad , como había que controlarla, como había que...” (Isaías-P4L84b-L85-L86)***

, mientras que otra persona con VIH manifestó:

***“Sí siempre nos dan charlas que dicen que usemos preservativo y eso pero si se da se dará pero como él tampoco puede usar eso y a mí tampoco me gusta eso vea, mejor estar así” (Juana – P5L91-L92)***

### ***Discusión***

Es importante la educación en las personas con VIH referente al autocuidado, el cumplimiento y adherencia al tratamiento para beneficiarlas, mejorar y mantener su salud. (Meneses y Mayorca, 2014); e incluye la consejería es un proceso educativo dinámico de diálogo a través del cual una persona apoya a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo (Zavala y Berumen, 2014) y es una de las estrategias más importantes y reconocidas para la disminución del impacto que origina un diagnóstico de VIH. La meta de la consejería es buscar la adopción de prácticas más seguras y disminuir el riesgo de contraer ITS/VIH, contribuir a reducir el impacto del diagnóstico positivo al VIH en la persona y su red social, para lograr una buena calidad de vida. (Di Bello y Palopoli, 2015)

### **5.2.3. c Sub Categoría: Expresando sentimientos**

La expresión de sentimientos se refiere a un estado de ánimo personal e interno que puede tener manifestaciones visibles sean positivas (como la sonrisa) y las negativas como el llanto y las que pueden sentirse, pero por su naturaleza intrínseca no visualizarse por las demás personas (aflicción, cuestionamiento, deseo de morir, deseo de desaparecer, desesperación, insomnio, incertidumbre, miedo, nerviosismo, preocupación, sueños recurrentes con la muerte, sentirse preso, tristeza, temor, sufrimiento, vergüenza, vuelco en el corazón, entre otros)

Entre las condiciones causales de los sentimientos están la notificación telefónica de personal de salud para ser citado del examen, la primera atención de consulta, indicación de examen durante la espera de resultado de la prueba confirmatoria, durante ingreso cuando se conoce el diagnóstico lo mismo que al conocerlo, al cuestionarse decirle a la familia), al recordar en la noche, al recordar estaba delicada, a infectar a esposo, falta de recursos económicos para el tratamiento, a no tener trabajo, a la negación de pareja que tiene VIH, al conocer que novio tiene VIH, al recordar pareja falleció, sentir el vacío de los fallecidos, miedo a la re infección, a morir antes que la mamá, cuando se habla del tema, al compartir diagnóstico a padres, esposa, personas sanas, familia, amiga, prima, suegra, hermanos, familia), a la pérdida de confianza de los hermano por compartir diagnóstico sin su consentimiento a familia, a que la familia lo discrimine, al rechazo en el trabajo, a ser despedido, los comentarios, a lectura de consentimiento informado, durante la validación de datos. Las personas con VIH expresaron diferentes sentimientos como miedo:

*“...mejor le voy a hablar de mi acaso de que ya le van a apartar el plato, de que ya van a creer que porque toman del mismo vaso conmigo se los van a pasar, ya van a querer mantenerme al margen; es que mi familia así es, ellos dicen que son cristianos pero cristianos mediocres...” (Juan - P10L213-L214-L215)*

; También expresaron haber tenido pensamientos suicidas y relacionados a la muerte como:

*“Ummmmm, no se me daban ganas de matarme de matar a mis niñas pero le pedí mucho a Dios que no fuera a hacer eso porque a lo largo iba a ser un gran pecado lo que iba a hacerle...” (Clara - P2L36-L37)*

También expresaron sus ideas relacionadas a la muerte así:

*“...la calle que la atropellara un carro y ya terminar con todo, se le vienen tantas ideas a la mente y pasaran bastantes meses, que yo me soñaba..., me soñaba dentro de un ataúd, soñaba mi entierro, son tantas cosas que pasan por la mente incluso uno a veces piensa...” (Isaías-P3L56-L57-L58)*

Además se evidencio llanto cuando evocan conocer el diagnóstico de VIH:

*“... ni en ilusiones se me cruzaba por los ojos, mire... yo he sufrido, hoy después que me dieron, si he llorado día y noche, yo lloraba yo. Pero... [Participante llora] yo le pedí un día... que me diera panceencia. ...” (Marta- P2L34-L35a)*

Y entre otros sentimientos también manifestaron crisis caracterizada como:

*“...¿Qué pasa?, ¿Qué pasa? y me dicen en todo saliste bien pero tienes el virus del VIH,...., yo caí,...., caí sentado, caí en el piso llorando y me quisieron dar apoyo y todo pero yo salí,...., y salí por la calle, en la alameda, en barajuste y llego a una sala de belleza que...” (LucasP1-L 13-L14-L15)*

Y también se reacciona manifestando, la vida no tiene sentido con sensación de ruptura, de fragmentación cuando se conoce el diagnóstico:

***“Cuando me dijo, yo me sentía que todo.... todo se me vino abajo, yo deseaba no se...morirme, me sentía bieeen,..., no le hallaba salida a mi vida... y...” (Ana – P5L88-L89)***

Entre los sentimientos también aflora la tristeza

***“No sé cuándo a mí me dijeron eso yo me puse mal, muy triste... triste, todavía....cuando pienso en eso no como de pensar que yo tengo eso...” (Sandra-P1L5-L17)***

Las condiciones intervinientes que emergieron son: para la expresión de sentimientos fueron vuelco en el corazón (por cita telefónica); cefalea después de conocer el diagnóstico; pena al conocer que tenía VIH (agachó la cara); nerviosismo, sorpresa (a prueba confirmatoria); tristeza: cuando descubrieron enfermedad y alegría por haberse descubierto a tiempo, ganas de llorar y entrega al señor, al compartir diagnóstico con amigo y llanto mutuo, sufrimiento.

Los sentimientos después del diagnóstico: presa ante situación [VIH], la gente le miraba, no podía calmarse, le estaba metiendo temor, arriesgado compartir diagnóstico a personas sanas, culpable, necesidad de desahogarse, mal y con deseos de llorar por esposa y familia, sensación de muerte sin esperarlo, fuerte dolor en el pecho, se derrumbó el mundo de la vida, el mundo se le vino encima y no le hallaba sentido a la vida y deseaba morir, no imaginando tener esto, difícil momento estaba ahí pero se le vino a la mente la vida, el mundo, los hijos, la familia, todo, es la muerte; teniendo crisis vivida como cayendo sentado al piso llorando, llanto día y noche, era la muerte, cuestionándose porque, no lo merecía, salió en barajuste por la alameda, en casa tiro sofás y todo; tenía mente bloqueada, no piensa en tener relaciones y se ha alejado de la pareja, nervioso y temblor incontrolable en del cuerpo.

Cuestionamientos como : no lo merece , que va a pasar después, porque yo; expresándose mediante el llanto y voz quebrada, día y noche, en reunión familiar al compartir en diagnóstico ( y se sentía mal hundido), recordar a novio, al estar en sitio que compartía con novio, al hablar de novio fallecido, quería desaparecer, salir corriendo, al conocer y cuando la pareja le confió diagnóstico del novio, días y noches después de saber, durante lectura de consentimiento, validación de entrevista, al afirmar ser gay y con VIH, al afirmar estaba mal y con dolor, al compartir diagnóstico con la mama, por deseos de migrar, tenía pareja y salió embarazada, al hablar de su madre, al conocer el diagnóstico y no creía; expresando pensamiento, deseo suicidio: tirarse de bus, atropellase un carro, deseo de desaparecer, de morir al conocer el diagnóstico, por la suegra , quiso matarse, y no deseo de morir: los hijos la necesitan y además sueños recurrentes de verse en ataúd y su entierro, ahora controla un poco esos sueños; manifestando insomnio; pensamientos homicidas : matar a hijas y esposo pide no la haga; preocupación y angustia en ingreso no tenía medicina, por el que dirán, ( por esposa, en ingreso—decide ser sincero); silencio ... novio [falleció]

Es este mismo apartado también mencionaron que o resistió tratamiento; pánico a ingreso; teniendo dificultad para compartir diagnóstico con la esposa; esperando- imaginando reacción agresiva de esposa cuando le compartiese el diagnóstico, miedo ( a lo que estaba pasando, a decirles a papas novio infectado, a examen por pareja, regañarían por no venir, al rechazo, médico indico examen, que le quiten el trabajo, a compartir el diagnóstico, a comentarios, miedo a morir sin tratamientos, que la familia la discrimine; aflicción de los hermanos y comparten a mama el diagnóstico, cuando no tiene dinero para

venir a traer medicina; sin valor (de compartir diagnóstico a esposa); rabia a fallo de confianza: hermano confió diagnóstico a terceros justifica a hermano; ocultando el diagnóstico: a familia, iglesia, amigos, por la pareja, a compartir el diagnóstico por una semana a esposo, no le gusta hablar de la enfermedad, quiere confidencialidad, no le gusta compartir el diagnóstico a los vecinos, a la familia, a la prima, está bien en el trabajo y no lo está, dice tiene cáncer, tiene control de diabetes, pide permiso en el trabajo por otra enfermedad, acuda en día libre a consulta; temor (al consultar, a examen, a operaciones, a reinfección a pareja no le gustaba reinfección, papa le diga sinvergüenza, a encontrar conocidos, reacción de la familia, compartir el diagnóstico, le aparten utensilios personales, le mantengan al margen, a rechazo, le quiten el trabajo, amigo conoce a prima; vergüenza (y temor al hablar del tema); teniendo incertidumbre a como ira a morir y estando; pensamientos estigmatizantes: con solo que llegue en el trabajo se le va a transmitir; desesperado: por no tener empleo, trata de olvidar; no es feliz; sin temor (a ninguna enfermedad).

Referente a las estrategias encontradas fueron la referencia a otro nivel de atención, intervención de pareja para que acuda a consulta/ control, motivando a ex pareja a hacerse el examen, recibiendo apoyo emocional de la pareja, atención equipo salud: atención en crisis, en consulta, en exámenes, intervención psicológica, cuidado de Enfermería: apoyo emocional; fe en Dios, creencias espirituales, viniendo temprano exámenes, decidiendo dejar a apareja: temor a reinfección, ocultando diagnóstico a la pareja, viviendo perdida- duelo: muerte de la pareja, novio, se comparte el diagnóstico selectivamente, comunicación a hermano y hermano a padres, ocultamiento temporal del diagnóstico,

negación al diagnóstico, aislándose, entiende hermanos le fallaron, ruptura de pareja por mentirle, alejamiento sexual suspende relación , continua relación, responsabilidad-autocuidado: no comparte el diagnóstico y usando condón, aislándose no habla de la enfermedad, no quiere confiar su vida,

***“Pues siento... vergüenza me da rencor y así..., con cualquier persona” (Maura – P11L198-L200)***

Y el diagnóstico se evita compartir con la familia y vecinos

***“No ya no hay problema, yo sola puedo venir, porque allá en ese lugar donde nosotros vivimos, nadie se da cuenta, solo miya sabe” (Marta- P8L177-L178)***

En el trabajo las personas con VIH lo ocultan expresando:

***“... se transmite la enfermedad, entonces porque incluso donde trabajo cuando pido permiso yo les digo que tengo que pasar porque tengo azúcar porque fíjese tengo a una compañera que es...” (P7L132-L133)***

También las personas con VIH lo ocultan a los amigos:

***“... ayudando y las amistades también que hasta la vez, no han cambiado, claro no les he dicho lo que tengo porque no sé hay gente que discrimina a las demás personas por la enfermedad...” (Miguel- P2L42-L43)***

Además no se comparte el diagnóstico en iglesia y vecinos , no saber cuándo compartir el diagnóstico, inquietud a compartir el diagnóstico, en el trabajo no se comparte o se comparte selectivamente, se pide permiso por consulta de otra patología, solicitando intervención de pastor, compartiendo diagnóstico a amigo: amiga: escucha y llanto comprensivo, conversación con amigo, desahogándose con amigo-amiga, acuerdo entre

amigos: no hablaban de diagnóstico, respondiendo a amigos tiene anemia y poca confianza en amigos.

### ***Discusión***

Los cambios o reacciones que se generan posterior a conocer el diagnóstico muestran que desde el momento de conocerlo las personas vivencian un impacto (Kabbash, El-Gueneidy , Sharaf , Hassan, y Al-Nawawy, 2008 ) convergente con un estudio realizado por (Almanza y Flores, 2012) y que además anticipaba la muerte inminente del paciente; la mayoría de las personas con VIH estaban en un estado de dolor, confusión y negación, desconcertados ante lo sucedido y algunos mostraron síntomas de choque extremo y lloraron (Thiangtham & Bennett, 2009) también es importante señalar que en este momento crucial las personas con VIH experimentan tristeza como el común denominador (Mendoza y Rubio, 2016); experimentan sufrimiento comprendido no como sentimiento o dolor, sufrir es algo fundamental, es un estado de existencia. (Erikson, 1992; Lindholm & Eriksson, 1993; en Gaut and Boykin, 1994, pág. 6); además existe convergencia con un estudio realizado por Gatti, Díaz, Mulugueta y Simi, (2011) en el que se encontró ideación suicida en personas con VIH. Por otra parte, compartir el diagnóstico se proyectó primordialmente hacia amigos cercanos, y algunos miembros de la familia, quienes podían convertirse en el fundamento principal de apoyo (Flores y Almanza, 2013) sin embargo compartirlo selectivamente este hecho puede limitar el desarrollo de redes sociales de apoyo.

#### **5.2.3.d Sub Categoría: Recibiendo cuidados de Enfermería**



Cuidado de Enfermería: Son las diferentes acciones de cuidado que realiza el profesional de Enfermería mediante un proceso de interacción con la finalidad de promover la aceptación del diagnóstico, apoyar y contribuir a estabilizar la condición de salud por la persona, pareja y familia.

Las acciones de Enfermería manifestadas por los participantes se centraron en los cuidados dependientes, independientes e interdependientes, como dependientes mencionaron : sacar sangre, colocación de suero, estar pendiente del suero, administrar medicamentos, entre los cuidados interdependientes: atención de parto, atención coordinada con psicólogo, atención de la nutricionista, trabajadora social, en el archivo y laboratorio, y las acciones independientes identificadas son atender pacientes , lleva y espera a paciente al archivo, informar resultado, orientar y explicar, preparando y apoyar en comunicar a pareja , orientar a pareja pidiendo número telefónico para citar, dar apoyo emocional, cuidados del puerperio, brindando consejería durante la espera. Algunas de las acciones de Enfermería dependientes mencionadas que manifestaron están:

***“Normal, llegaban a cambiarme, a sacarme la sangre a uno, a darme medicamentos para el estómago, el suero, normal, pero si esa palabra que me dijo la trabajadora social para mi...” (Isaías-P7L148 -L149)***

Las acciones de enfermería interdependientes emergieron:

***“... evaluación como padres solidarios; nosotros aquí vamos a tener listo un psicólogo, vamos a tener todo listo para que cuando venga ella; fíjate vos le digo que..., ellos más o menos...” (Manuel- P13L265-L266)***

Y entre las acciones de Enfermería independientes que compartieron se encuentran:

***“... estaba allí pero la enfermera fue quien respondió mi inquietud porque allí cualquier cosa; ellos trataban, tratan de animar a las personas, heee a cualquiera que va allí, allí no hay...” (Max- P7L132-L133)***

Entre los factores que facilitan o restringen el cuidado están llamarlo por su nombre, solicitar el número de teléfono, hacer uso de la comunicación no verbal, llamar a paciente a oficina privada, informar el resultado, dar orientación clara, confianza, conversar, apoyo, orientación sobre cuidados específicos que se le brinda a la persona con VIH, buen trato y amabilidad, interesándose por el paciente; los factores que retrasan el cuidado de Enfermería están indiscreción al revisar expediente de otros enfermeros, evitar dar la atención, evitar atender peticiones de pacientes ingresados, retardo en la asistencia durante el baño, atención discriminatoria durante el parto, ser brusca, grosera, pedante y orática en la atención, actitud poco profesional, negación a cuidados de Enfermería y apoyo por otro paciente, no acercarse al paciente, hay enfermeras enojadas y amigas.

En cuanto a las estrategias que responden al cuidado están acercarse y conversar con el paciente, brindar atención en privado, atender en pareja y dar apoyo, atender individualmente, brindar confianza, orientación, dar apoyo moral cumplir, proporcionar buen trato, conversa con el paciente, cumple las indicaciones médicas;

Referente a las consecuencias: la persona con VIH respeta la enfermera y personal del programa, la enfermera común atiende bien, explicaron bien, me siento bien tratada/atendida, incomodidad por pinchones de suero, medicamento a la hora, molestia porque no lo atendieron, indiscreción al leer expediente y ver a paciente, no atender a solicitud del paciente, trato diferenciado, perciben no está pendientes de pacientes y retraso en la atención, expresado así:

***“Ahí yo siento que me hablaron amablemente me contestaban bien...” (Clara - P13L282)***

Contradictoriamente también expresan dificultad en la atención:

***“... me agarraba, entonces yo me quede con un gran dolooooor en el vieceentre, un gran frió, dicen que era de la anestesia, entonces y yo le decía a ella de que quería ir al baño y que me ayudara a levantarme, porque no me podía levantar y nunca quiso ayudarme, me dijo que...” Arely – P6L112-L113-L114)***

También expresan recibiendo haber recibido trato diferenciado en sala de partos y puerperio, y observaban diferencia enfermeras enojadas, amargadas/orática/brusca/no tienen capacidad/grosera/pedante/ y amables/amiga; también emerge indiscreción a leer expediente frente al paciente y quedársele viendo, compartiéndolo así:

***“... cuando salí de allí vea y yo solo agache la cara ni más nada y los enfermeros, los que habían leído mi expediente yo notaba que se me quedaban viendo. Y yo bien nerviosos y...” (Juan - P5L106-L107)***

### ***Discusión***

Leininger señala que el concepto de cuidado es abstracto, pero concreto, con elementos de ayuda, apoyo y esfuerzos que benefician a la salud y los modos de vida (McFarland and Wehbe-Alamh, 2006), además para brindar cuidado a menudo requieren conocimiento de la cultura y el idioma local (Leininger, 1991)

Así el cuidado de Enfermería que se brinda a la persona con VIH incluye acciones importantes como la educación y procesos de acompañamiento, así como brindando apoyo

emocional siendo apreciado por quienes han sido beneficiarios de ello (Lafaurie y Zúñiga, 2011); particularmente, debe señalar que se realiza consejería antes y después de realizarse la prueba de VIH (Kowalchuk, 2014)

### **5.2.3 e. Sub Categoría: Expresando estigma y discriminación**

Estigma es la marca que las personas adjudican a otra persona cuando tiene VIH y la discriminación es el acto de brindar trato diferenciado entre las personas con y sin VIH.

Dentro de las condiciones causales están las expresiones bien y mal de personas con VIH, comentarios estigmatizantes en trabajo, actitudes discriminatorias erróneas en familia, suponiendo discriminación en el trabajo, sentir la miraban, la familia discrimina esta enfermedad, si compartiese diagnóstico vendría discriminación, en esta enfermedad hay discriminación, hay enfermeras discriminativas, discusión entre equipo de salud, duda de enfermeras hablen de ella, indiscreción de médico, enfermeras le aíslan, presintiendo discriminación, no rechazo, no discriminación, vecinos no la visitan porque se les puede pasar, temor a divulgación del diagnóstico en lugar de vivienda; aspectos que se evidencian en los siguientes comentarios como el haber escuchado comentarios generales estigmatizantes:

***“Hay la gente se expresa bien y hay gente que se expresa mal... que no se acerquen a esas personas” (Maura – P12L207-L209)***

También se manifiesta en la familia al expresar:

***“Porque mi familia es muy así, cuando yo me enferme decían que yo tenía lo que tenía vea podía ser y me miraban así fíjese” (Ana - P16L299-L300)***

Otro de los comentarios manifestados por las personas con VIH son comentarios que se escuchan en el trabajo, así:

***“... porque Dios guarde que alguien tuviera eso y que estuviera aquí con nosotros; obviamente esas cosas lo hacen sentir mal a uno y a la misma vez que yo me sentí mal pero por dentro...” (Isaías-P23L458-L459)***

Sucedan además en conductas discriminatorias por Enfermería cuando se recibe atención, cuando manifiestan:

***“Fíjese que cuando a ella la ingresaron para decirle que en un pasillo la querían dejar,... en un pasillo, solo porque dijeron que era del programa y dijo la otra la que estaba ahí y le dijo que no que tenía que estar en el pasillo porque como era del programa no podía estar con...” (Rene - P12L225-L226-L227)***

De igual manera expresaron conductas del médico al observar con otra paciente:

***“... tipo de medicamentos va a tomar vea a la hora de visita le dijo y vos que medicamento tomas sos portadora que ya sabes de qué, pero no así de suave como estamos platicando, que hasta a mí me dio cólera fíjese, hasta a mí me dio cólera porque siendo un doctor y la...” (Rene - P16L305-L306-L307)***

Y en términos generales también se manifiesta temor a la discriminación por la divulgación de encontrarse con vecinos compartiéndolo así:

***“... mucha persona viene de mi caserío de mi comunidad y siempre la gente no le ayuda a uno, sino que lo que hace es que andar divulgando, y no es así, y no tampoco es algo fácil para andarlo divulgando pues entonces la discriminación y todo eso. A pues entonces así fue...” (Arely - P2L33-L34-L35)***

El estigma se refiere a establecer una marca o una etiqueta para una determinada persona, mientras que la discriminación es el acto de brindar un trato diferenciado a las personas con las cuales se interrelacione en el acto de cuidado y con otros miembros del equipo de salud, la familia y sociedad.

Dentro de los factores intervinientes que facilitan o restringen el estigma y la discriminación están los comentarios en la calle, en el trabajo y los vecinos, actitudes de la familia, ideas erróneas de la transmisión, imaginando discriminación, trato por igual, comentarios en la familia, temor a discriminación al conocer y compartir el diagnóstico, hay en el hospital enfermeras discriminativas, se tiene apoyo de la trabajadora social, hay resistencia de la enfermera, indiscreción del médico, temor a discriminación, hay gentes que divulgan en el caserío, sentirse menos. Por otra parte, que las estrategias que responden al estigma está ocultar el diagnóstico, trato igual, trato desigual, saludar, temor a la discriminación. Entre las consecuencias están ocultar el diagnóstico, no ha sentido rechazo, buena atención, incomodidad, temor a la discriminación, apoyo de trabajadora social, hay enfermeras discriminativas y no discriminativas.

### ***Discusión***

El término estigma es un atributo profundamente desacreditador (Goffman, 1970), así después de su diagnóstico, las personas continúan viviendo en sus comunidades y es dentro de éstas que el estigma asociado al VIH/sida condiciona su aislamiento y marginación social, (Chong, Fernández, Huicochea, Álvarez, y Leyva. 2012) ; entendido el aislamiento como la falta de ese contacto físico y además las personas con VIH sienten temor al “que dirán” entendida la dañina atención por parte de los demás (De Miguel, 1969); además el temor al rechazo como el rechazo en sí conllevan al aislamiento (Muñoz, Pinzón y Vergara, 2008) La discriminación entendida como un trato diferenciado fundamentado en diferenciación arbitraria e improcedente sin justificación alguna y particularmente en el estado de ser persona con VIH. Dos tipos de discriminación se encuentran la percibida basada en una expectativa consiente en un contexto social pronosticado y la percibida referida y sustentada en interacciones vividas en las que se evidencia la discriminación (Moral y Segovia, 2011); además se detectaron experiencias

de discriminación durante la atención de la salud (Almanza y Flores, 2012) por lo que el estigma y discriminación se convierten en efectos negativos en las personas con VIH.

#### **5.2.3. f . Sub Categoría: Evidenciando autocuidado**

Auto cuidado es los diferentes cambios que la persona con VIH manifiesta que practica como una modificación a los hábitos nocivos a la salud que tenía previos a su condición, tiene la característica que estos cambios se dan gradualmente y con diferente comportamiento y grado en cada persona.

Entre las condiciones causales se encuentran: a veces se cuidaba a veces no, temor a transmitirle a pareja, no se ha hecho la prueba y se cuidan pero siente hay riesgo, pareja debe cuidarse, sexo sin protección, saber riesgo y amamanta a niña, realizarse exámenes, trabajar en sector de alimentos, saber licor es malo, puede ir a la cárcel si contamina a otras personas, ver el librito de la alimentación, evitar ingerir comida rápida, saber su organismo sensible, proteger a sobrino, saber qué tipo de alimentos le hacen daño, conocer el diagnóstico, que los papas sepan el diagnóstico, ingerir bebidas alcohólicas, desconocimiento de la tuberculosis, mala alimentación, no cumplir con horarios de comida y practicar consejos virtuales.

Los factores intervinientes que facilitan o restringen la estrategia están en la alimentación: evitar grasas, soda, enlatados, mariscos, leche cruda, cerdo, embutidos, no debe comer mucho pescado, alimentos preparados fuera de casa, no le han prohibido nada, no tiene comida específica, come de todo, toma soda ocasionalmente, toma jugos

naturales, sopas (hojas, frijoles, pescado, pollo, huevos), arroz, queso, huevos, bebidas (café, leche, yogur) frutas, verdura, come a la hora; en el trabajo y en casa: cuida no cortarse, respecto al descanso procura no desvelarse (trasmochar) y dormir ocho horas, tratamiento: a veces se le olvida tomar a la hora el medicamento, pastilla a la hora, carga pastilla de reserva; en las relaciones sexuales: uso de condón, se cuidan en pareja y no se ha hecho la prueba, no tiene relaciones, sexo con miedo y con condón, constancia, madre lactante; en el aspecto económico: a veces no tiene para comer; en la higiene: lavado de manos; en las creencias: miel de abeja cada mañana y en la práctica de hábitos nocivos: no fuma, intentara dejar de tomar, no toma, solo cervezas; en la salud mental se refugia en la música y ocupando la mente, es decir que las personas con VIH, manifestando:

***“...como tampoco le voy a decir que no que voy hacer bien así con la alimentación. Pero si yo sé lo que me afecta bastante es cuestión de mariscos y la leche porque dice que lleva bastante microbios y carne de cerdo esas dos cosas si yo no las cómo. Pero en cuestión de...” (Violeta- P12L24-L245-L246)***

En el mismo tópico de la alimentación otra persona con VIH manifestó:

***“... digamos de no trasmochar, de la alimentación, por lo general a veces yo compro siempre leche, yogurt, frutas, así, ... en cuanto a mi peso al principio tuve una... digamos...”(Isaías-P19L394-L395)***

En relación al autocuidado practicado en las relaciones sexuales:

***“...vas a hacer con condón y también a las personas que no lo tengan también vos no los vas a fregar me dice, si vos sos una persona con VIH y si esa persona se da cuenta que vos se lo has pasado tú te puede ir a la cárcel, Entonces por eso yo me cuido más...” (Juan - P13L257-L258-L259)***

En coherencia al autocuidado practicado en el cumplimiento del tratamiento:



***“Siempre que me han sacado sangre me dice el doctor que esta indetectable y hoy que pase con la licenciada me dice también eso significa me dijo que te estas tomando las medicinas me dijo Si me dijo que ella y yo le digo que no se me olvida tomarme el medicamento a la hora”... (Sandra – P5L116-L117-L118-L120)***

En relación al autocuidado practicado en el descanso e ingesta de bebidas alcohólicas:

***“...Mire, eso yo no, no, no, no consumo ningún tipo de, de bebida alcohólica, no, no fumo, como le puedo decir yo no me desvelo que no sea por una necesidad enteramente que yo diga tenga mi niña enferma o que hay algún enfermo, pero de que yo voy a salir a una fiesta solo porque hay una fiesta y se me ocurre irme desvelar, yo no me desvelo, yo entre más duermo más mejor es para mí...” (Arely - P7L146-L147-L148-L149-L150)***

Con respecto al autocuidado practicado en la búsqueda de orientación virtual:

***“Sí, me metí a internet, vi videos de allí algunos especialistas en YouTube de queee vi una campaña de cómo hay personas que tenían VIH, que deben de tener un buen balance nutricional, tienen dormir las ocho horas, eeheh si uno quiere para estar mejor también puede..., he tomado en cuenta y que alimentos también no podía comer y los que sí y así hago. (Max- P3L52- L53-L54-L159)***

Las estrategias que se encontraron son: explican a pareja proceso y cumplir indicaciones de cuidarse, aún se alcoholiza, reconocer si infecta a otra persona puede ser castigado, aprender del librito de nutricionista, comer a la hora, dormir ocho horas, mejorar alimentación, tomar medicamentos a la hora, la madre lo cuida más, platica más con padres, uso del condón, regresando a la iglesia, teniendo consejero espiritual, ejercicio con regularidad y divertirse sanamente y entre las consecuencias se emergieron personal de salud: le guardan archivo si no puede venir, doctor : orienta a la mama y está más pendiente; pareja esta negativa a su criterio pero si examinarse, debe cuidarse, los padres le cuidan, practicando consejos virtuales, divirtiéndose sanamente en familia y escuchar música.

## ***Discusión***

Orem afirma el Autocuidado o cuidado debe ser aprendido y ser deliberadamente para la vida, el funcionamiento humano y bienestar; y agencia de auto-cuidado (SCA) es la capacidad adquirida compleja para cumplir con el cuidado de sí mismo que regula vida, mantiene o promueve la integridad de los estructura y funcionamiento humanos [salud] y desarrollo humano y promueve el bienestar (Hartweg, en Smith and Parker, 2015). El autocuidado involucra crecimiento personal y madurez para asumir y manejar la enfermedad del VIH en la vida cotidiana, necesitando adecuada alimentación a fin de mantener un nivel óptimo de su sistema inmune en consecuencia disminuirá la incidencia de enfermedades oportunistas y a la vez incidirá en mejorar adherencia al tratamiento. (Meneses y Mayorca, 2014); además en el autocuidado incluirían el ejercicio, dieta balanceada, observación del propio cuerpo para detectar cambios o la presencia de ganglios inflamados, manejo de alteraciones emocionales y conductas para evitar la reinfección mediante el uso correcto del condón (Varela, et al. 2009) Los hallazgos sobre conocimientos son insuficientes sobre alimentación en los pacientes con VIH/SIDA convergen con un estudio realizado por Domínguez, Ortega, Llorente y Ramírez (2011).

### **5.2.3.g Sub Categoría: Asistiendo a la iglesia**

Concepto: La religión o el credo tiene diferentes denominaciones y son las creencias en dogmas que las personas aceptan respecto a un ser superior de acuerdo a las sagradas escrituras que consulté y expresan su fe de manera particular y al líder espiritual que lo guie.

Las condiciones causales de asistiendo a la iglesia están la motivación interna, no tiene ni asiste a ninguna, el diablo quiso atacar su cuerpo, debe enmendar error en la iglesia, ha cometido errores con jóvenes de la calle, se alejó y regreso, iba a pedirle a la virgen le sacara malos pensamientos y cuestionar sobre su curación, a divagar la mente, retiro espiritual, está en pequeñas comunidades, está un poco mal espiritualmente; es decir se encontraron pertenecen a diferentes denominaciones religiosas así:

***“Si a la católica es que los padres que van allí son bien tiernos y gracias a dios y a Monseñor Romero porque yo le decía así que me apoyara y me quitara esta cosa... hace...” (Ana - P12L218-L 219)***

***“... igual yo soy cristiana entonces solo los jueves puedo ir a la iglesia porque los fines de semana trabajo...” (Marianela - P5L110)***

Las personas con VIH no olvidan de agradecer en la iglesia y lo manifiestan así:

***“... a Dios y todo y le dije que me ayudara y le prometía que iba a cambiar en mi vida, entonces hasta la vez ya le cumplí porque no podía caminar pero ya el domingo si fui a darle gracias osea todos los días le doy gracias día y noche, leo mis ratitos y ya pues para mí he...” (Miguel- P2L31- L32- L33)***

También persona con VIH que realizan peticiones en la iglesia expresando:

***“...Sí yo iba a la iglesia en las mañana cuando iba a trabajar le iba a pedir a la Virgen, que puese que si me iba a curar o si iba a tener un tratamiento pues que me guiara el camino o que me sacara los malos pensamientos porque a veces a uno se le vienen malos...” (Juana – P10L177-L178-L179)***

Además, se solicitan intervención del pastor de la iglesia diciendo:

***“Si, entonces yyy, y no hallaba como hacer yo, y llame a mi pastor y le dije hermano Josué yo necesito, ese día no había servicio en la iglesia,, él no iba viajar pero, pero yo le dije ... porque ya me quería ver tranquilo a mí, porque a mí me estaba matando aquello, porque mi...” (Elías- P6L125-L126-L128)***

Los factores intervinientes que facilita o restringe la estrategia emergieron son: la asistencia a la iglesia, en pareja, recordar palabras bíblicas y valores cristianos, no tiene iglesia fija, no asiste a la iglesia, asistió solo un tiempo, dejó la iglesia por vicios, asiste a misa dominical, reconoce estar en crisis existencial y espiritual.

Las estrategias responden al fenómeno se encontraron asistir a la iglesia, orar frecuentemente, visita la tumba del beato cada mes, a agradecer, a hacer peticiones, pertenecer a movimiento en iglesia, tuvo retiro espiritual, en trámites de matrimonio religioso, lee frecuentemente pasaje del hijo prodigo, no faltan oraciones y llamando al pastor al hogar finalmente las consecuencias la pareja: cambiando por asistencia iglesia, está en proceso de matrimonio religioso, en pareja leen lecturas bíblicas, asegura el diablo no pudo por la semilla del evangelio, recuerda consejos de padres, está un poco mal espiritualmente y el participante afirma que desea más estar en el campo religioso, dejó de fumar y tiene dificultad en iglesia.

### ***Discusión***

La espiritualidad y la religión son conceptos multidimensionales y diferentes que se superponen y afectan la progresión de la enfermedad, la salud física, mental y la calidad de vida. (Szaflarski, 2017), al practicar una religión o no, nace la fe como una relación viva con lo creído, una relación viva que abraza la vida entera (Buber, 1942); por otra parte, es importante señalar que una de las limitaciones de las instituciones religiosas es que las personas con VIH se pueden sentir ajenos por las limitaciones referente al abordaje a las personas afectadas acompañado de alguna inflexibilidad al respecto (Arévalo y Ávila, 2012).

### **5.2.3.h Sub Categoría: Mostrando disposición y responsabilidad**

Se entiende a la disposición de la persona viviendo con VIH como la actitud manifiesta para algunas situaciones en las cuales debe de evidenciar que se encuentra listo a acatar indicaciones del equipo de salud y está relacionado a la aceptación de compromiso de sus actos.

Entre las condiciones causales que hacen que se comparta e diagnóstico están el deseo de ayudar, tener el virus del VIH, el deseo de cumplir, deseo de seguir adelante (vivir) y el deseo de cambiar; los factores intervinientes que facilita o restringe la estrategia está aceptando responsabilidad consigo mismo y con la pareja, reconociendo vida de promiscuidad y reconociendo rol en la familia; expresándose así:

***“él quiere que lo traiga a conocer aquí,..., entonces, porque yo le dije allí te van hacer preguntas, le dije yo, te van mandar a hacer exámenes, no me dijo: no me voy a dejar. Y hay esta que solo quiere venir a acompañarme a mí nada más. (Andrea- P9L162-L163-L164)***

Otra persona con VIH comento:

***“... diablo, me deje llevar por la situación, por el momento, la intensidad de..., como las mujeres tienes más... y en veces que uno de hombre... y en esta ocasión me deje llevar y,...” (Manuel- P7L130-L131)***

Las estrategias que responden al fenómeno se encontraron cambiando la pareja, conociendo el diagnóstico, deseando seguir adelante de vivir, recordando consejos, reconociendo relación de riesgo, orientando a pareja, responsabilidad de familia.

Las consecuencias son la pareja apoyando en el cuidado de niñas, llegando temprano a casa, dedicándose más a la familia, orientando a pareja, dedicándose más a la familia y la persona con VIH mostró disposición a orientación de doctora, disminuyendo el número de parejas, recordando consejos y expresando deseo de ayudar.

### ***Discusión***

En este apartado se diferencia la responsabilidad única (la persona con VIH debe cuidarse para cuidar a otros); la responsabilidad compartida (ambas partes deciden y/o consienten tener una relación sexual de riesgo) y la responsabilidad individual (cada uno procura el cuidado de sí. (Fernández y Morales, 2013), particularmente la iniciativa de prevenir la infección a otros se apunta a la pareja sexual actual y/o eventual pareja con la finalidad de impedirles daño físico y emocional (Carrasco, et al., 2013).

## **5.2.4 CATEGORIA: ARMONIZANDO MI VIDA Y RELACIONES.**

### **5.2.4.a Sub Categoría: Espiritualidad**

La espiritualidad es cuando la persona independiente de tener o no una nominación religiosa cree en un Ser supremo, omnipotente y omnipresente, a quien se entrega, se le hacen peticiones y se le agradece sobre aspectos físicos, la vida, pareja, hijos y familia.

Las condiciones causales que se agradecen son: ser constante en el tratamiento, hija salió de la cárcel, mejorar de su sintomatología, presentar solo mareos y calor al tratamiento, estar mejor de salud, sentirse bien, sobre la vida (no falleció, estar de regreso, pastillas le están dando vida), por los hijos, no se ha ingresado, con tratamiento está bien,

salió bien de la cirugía, apoyo de esposa, pueda contraer matrimonio religioso, la vida cotidiana (el día a día), no ha tenido recaída, esta indetectable, ser padre, hija es negativa, manifestándolo así;

***“...Si Dios nos ha permitido tener ese milagro eso de que ella no tenga la enfermedad, obviamente, automáticamente la niña no lo tiene, la niña no lo tiene; la otra situación difícil es que ella” (Manuel- P18L379- L380)***

Los participantes también realizan peticiones como: paciencia, no suicidio es pecado, vida para ver crecer a hijo, paciencia, sentir la va a curar, fuerza y milagro, próximo examen salga bien, perdón, como lo expresaron:

***“... yo me deseaba tirar del bus, verdad y le pedí perdón a dios por eso porque tengo diez años siendo cristiano, pero le pedí perdón a Dios por esa idea que se me metió en la mente, que...” (Elías – P3L43-Ll44)***

También en Dios se tiene fe en curación, se puso en sus manos; reconociendo: es el destino, es omnipotente y lo manifestaron así:

***“...cuerpo le dije, si ya tienes pues, si ya tienes pues, si llego a ser tuya padre, le dije, servite , ... y tengo que vivir que me vas a curar, también... quiero seguir adelante le dije...” (Marta- P11L243-L244)***

Asimismo expresaron que esperan misericordia, la enfermedad es para ser mejor persona, aceptando no se es eterno, el VIH fue por algo bueno, la fe, las oraciones le han ayudado, la relación con Dios está comenzando, cuestionándolo porque le paso (tener VIH); Las condiciones intervinientes que facilita o restringe la estrategia fe y la oración y estrategias que responden al fenómeno están pedirle de corazón, entrega de alma, cuerpo y corazón a la voluntad, orando y llorando en hospital, lectura de la biblia y las

consecuencias son la mama en algo le apoya, ha asistido a la iglesia, sugiriendo a suegra, a veces se siente triste, deseando ser el mismo, oraciones le han ayudado, solo Dios da la fuerza y quiere mejor relación con Dios

### ***Discusión***

La espiritualidad es definida como una forma de ser en el mundo, con una sensación de conexión con el Yo, otros, y / o un poder o naturaleza superior; un sentido de significado en la vida; y trascendencia más allá de sí mismo, la vida cotidiana y el sufrimiento (Weathers, McCarthy & Coffey); su espiritualidad es importante contribuyente a los sentimientos de bienestar mientras que tener VIH y mantener el secreto agrega estrés adicional a la enfermedad misma (Vance, Struzick, & Raper, 2008); por otra parte se considera que la espiritualidad es un factor contribuyente a la adhesión al tratamiento con antirretrovirales, orientando a las personas en una toma de decisión en la vida. (Do Espírito Santo, Tosoli, De Oliveira y Corrêa, 2013)

#### **5.2.4.b Sub Categoría: Encontrando significado de vida**

El significado de vida en las personas con VIH se manifiesta mediante sentimientos; es el resultado de un proceso interno que modifica el estado de ánimo y se expresan a través de emociones a la vista de otros que generalmente se evidencia en las expresiones de alegría en el rostro.

En esta categoría las condiciones causales que emergieron son: desahogo, saber las defensas están buenas , tener tratamiento médico, tener apoyo, apoyo en el tratamiento y



en los cuidados, cambia vida, alegría por trabajar, conversar con esposa , bromea con amigos, charlas de la Lic., consejos de familiares , comprensión de hermanos y cuñados, recibir noticia con comprensión, irse de la casa por encontrarle recetas , abandono de la pareja, dolor pareja la abandono, hay enfermedades más serias, es normal para la familia tenga eso , lo peor para la familia pareja tenga eso, tener VIH a cualquiera le puede pasar , no se va a morir de esta enfermedad, pensando migrar, deseando la cura, desea estar mejor, deseando ver a hijo pequeño ya soltero , quiere vivir, no quería venir al hospital ; así lo manifestaron respecto cuando encuentran una razón de vivir en el hijo:

***“...había..., cuando me descubrieron eso mi hijo tenía 14 años, estaba estudiando, pero mi hijo pequeño, pero le decía yo quiero ver a mi hijo soltero, que, que dolor más profundo, y me he tomado estas pastillas, pero no es fácil, no es fácil, pero aquí...” (Inés - P3L54-L54- L55-L56)***

Entre los factores intervinientes que facilitan o restringen la estrategia alegría, agradecimiento, comprensión, perdón, comprensión, inestabilidad, mentira, minimizando diagnóstico, deseos al futuro, razón de vivir, ambivalencia, perdón, comprensión y deprimida por días; las estrategias que responden al fenómeno son pedir perdón,

***“.....sido el mejor;..., no allí no puedo decir no me pongo el sentimiento que me da es que yo la agarro y le digo gracias amor y perdóname por lo que ha pasado y le digo gracias por atenderme sos la única si no estuvieras vos que fuera porque si en verdad así es y me siento...” (Miguel- P5L107-L108-L109)***

También se valora acciones tomadas por hermano en beneficio de él, pero sin su consentimiento:

***“...momento heeee... yo dije se mi hermano hizo lo, lo incorrecto, lo, lo que no tiene que ser pues las cosas que no tiene que hacer pero a la vez también le agradecí porque a medida mi familia se iba uniendo a mi dolor, a mi tristeza, a mi situación y le dije a mi hermano...” (Manuel- P12L249-L250-L251)***

, además refieren inestabilidad como lo manifestado de la siguiente manera:

***“...con mi enfermedad hay momentos que puese yo me pongo mal, Porque siiii vivo solo, no tengo pareja, solo con mi familia; y usted bien sabe que la familia como le decía desde el...(Juan - P8L153b-L154)***

Siguiendo con los factores intervinientes también señalaron ser realista y fuerte, tener fe en Dios, hacerse los exámenes, recibir apoyo de todos, conversar con amigos, recibir comprensión de hermanos, ser comprendido, sentirse incomodo que le registran sus cosas, saber diagnóstico le dio risa y se siente igual, no preocuparse, encontrando razón de vivir, saber que tiene la ayuda, esperanza de poder trabajar pronto, hijo grande, buscar el hospital y las consecuencias son el participante: sentir que cambia la vida, pidiendo si fallece digan otro diagnóstico, encuentra razón de vivir, desea se escriba libro para ayudar a otros, le informe diagnóstico mediante historias, deseo de ver a, tomaría tratamiento pero deseaba morir; el personal de salud comunica el resultado de examen; con la esposa, conversar, le atiende, con amigo, bromear; los familiares: brindan consejos; la enfermera imparte charlas; los hermanos y cuñados: comprenden; sentir el perdón de los padres y para la familia es normal, lo peor es tener la enfermedad.

### ***Discusión***

El significado de vivir con VIH, es una construcción social generada a partir del conocimiento obtenido acerca de lo que creen, interpretan, sienten, hacen o actúan con

respecto a su realidad social Calvos, Pérez, Morales, Báez, y Alonso (2008) y decidir que conducta se seguirá depende en gran medida del significado y sentido de vida de cada persona (García y Núñez, 2011), además a medida que pasa el tiempo se valora la vida expresando querer vivir o encontrando una razón de vivir (Carrasco et al., 2013) y retomar la libertad a través de la responsabilidad, (Leguizamón y Ortiz, 2016) resolviendo diferencias familiares a través del perdón y manifestando el deseo de proteger a otros; así como expresando sentimientos de esperanza, alegría pero a la vez también sentimientos como sentirse deprimido.

#### **5.2.4.c Sub Categoría: Transitando**

La transición se refiere al proceso interno de pasar de un estado psicológico, físico y social que afecta a la persona con VIH a experimentar un avance, alternando con periodos de estancamiento y/o avanza a la estabilidad.

Entre las condiciones causales están que el VIH llegó a la vida sin esperarlo, aferrándose a Dios y a su familia, tener VIH, la enfermedad le afecta y sintiendo puede morir; los factores intervinientes que facilitan o destruyen el proceso son conversación en pareja, inicio frustrante, no ha renegado, viviendo el presente, tristeza y llanto, ansioso y nervioso, acepta no se va a curar, acepta ha venido superándolo, se siente bien, la vida sigue, no supera cruz [diagnóstico], manifestándolo así:

***“Desde entonces bueno yo vivía antes que me diagnosticaron esto, yo vivía una vida loca, entonces yo no supero la cruz, no tanto me cuido yo, cuido la otra persona y,..., tal vez no...” (Lucas - P2L29-L30)***

Además, agregan que al principio fue un proceso frustrante, búsqueda de información en internet, se resignó y tiene que pasar y vivirlo.

Las estrategias son intervención de la esposa, se debe buscar, tener fe y temer a dios, fe en la familia, aceptar el diagnóstico, así lo manifestaron:

***“...continúe así, obviamente yo ya estoy diagnosticado, mis papas ellos siempre me dicen a...” (Manuel- P19L410)***

Complementariamente a las estrategias de intervención están no pensar el pasado ni en el futuro, aconsejando sobrino, ha venido superándolo, se cuida, no arriesga su salud, se debe ser fuerte y afirmar no se va a morir, proporcionó perdón a familiar moribundo, debe cuidarse, trata de olvidar: pensar o lo tiene, aceptando la vida es finita, trata seguir vida normal, debe seguir, no se deprimió ni se echó a morir, cumplir indicaciones, se siente bendecido y no se acompleja; expresándolo así:

***“... me siento bendecido, tengo una vida normal, no tengo comunicación con mi pareja porque se fue a honduras, cuando trabajo un poco porque le ayudo a mi papa en la tierra, me canso...” (Andrés – P10L158-L59)***

Y las consecuencias que emergieron fue la esposa apoya al esposo, deseo de seguir adelante, sentirse bien, sintiendo fue volver a nacer, expresándolo así:

***“ Realmente para mí el saber eso fue como..., como volver a nacer, porque fue como..., fue un comenzar de nuevo y ver la vida totalmente diferente, ya más consiente de las cosas...”(Isaías-P14L281-L282)***

Añadiendo a las consecuencias acepta esta diagnosticado y enfermedad no le saldrá , cuestionado que le dirán a la familia si muere, viviendo el día a día, espera ser aceptado, incertidumbre al futuro y a lo que le espera, después del llanto se vuelve a levantar, siente

ha venido superándolo, se siente menos nervioso, agradece esta mejor, aclarando modo de transmisión, asegura la enfermedad no la va a matar, niega se va a morir, si se arriesga se pone mal, no asimila ser portador, cree en medicamentos, compartiéndolo de la siguiente manera:

***“... pagarlos, creo que también hay un ser divino, hay un ser divino que,..., yo creo en la ciencia mire las pastillas lo que hacen, los medicamentos que hacen son una maravilla; pero...” (Antonio- P2L31-L32)***

Además, emergieron las consecuencias como solo tiene esa enfermedad, aconsejando amigo, se ha sentido mejor de ánimo, aceptando diagnóstico lo ha cambiado, sigue vida normal en familia, hace de cuenta que no tiene enfermedad, sonrío tímidamente, con el tiempo se va sintiendo bien y la vida cambia, trata de cuidar la otra persona, esposa no lo reprocha, no ha cambiado su vida, tiene una vida normal y lo va a soportar.

### ***Discusión***

Transición es definida como el paso de una fase de vida, condición o estado a otro, es un concepto que abarca múltiples los elementos del proceso, lapso de tiempo, y la percepción (Meléis, 2010, pág. 25), también definida por la misma autora como los eventos de desarrollo, situacionales, de salud o enfermedad, y particularmente en el estado de la salud hacia la enfermedad incluye cambios no esperados en el rol que resultan al pasar a una enfermedad sea aguda o crónica (Thornberg, McGrath y Benoliel, 1984 en Meléis, 2012 ), además las personas con VIH ven un futuro incierto y vinculado al sufrimiento, algunos de ellos ocultaron/silenciaron la enfermedad, en consecuencia se aíslan de parientes en el círculo familiar ampliado (tíos, primos) y del ámbito social por

temor al estigma y discriminación y, en otras personas , en la unión y consolidación del vínculo materno familiar (madre, padre o hermanos). (Muñoz, 2009), también es importante señalar que hay datos que evidencian que elementos psicosociales como el estrés traumático están correlacionados con la actuación y afectan los resultados de la salud (Yiaslas et al., 2014), así se denotan inicios de cambio inicial, transitando de un estado de sufrimiento alternante manifestado por llanto a un estado de esperanza, mejor ánimo, aceptar la enfermedad, teniendo de línea subyacente el tiempo en que a medida transcurre se va sintiendo bien acompañado de sentimiento de volver a nacer, sentir que el diagnóstico lo ha cambiado y sintiéndose bendecido ; situación que es opacada por la incertidumbre donde no se sabe que pasará mañana por lo cual se vive el día a día, aferrándose a un ser superior para que les de fuerzas porque la vida sigue; transición que en algún tiempo llevará a la estabilidad en la salud y persona.

## **CAPITULO VI: PLANTEAMIENTO TEORICO Y DISCUSION GENERAL**

### **6.1. Modelo teórico emergente: Buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes**

El Planteamiento teórico de la investigación se denomina “*Buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes*”, se esquematiza mediante una figura (ver figura 1) consta de una línea base llamada línea de la vida que viene desde el nacimiento hacia la muerte, pasando por la línea continua gruesa es la fracción de la línea de la vida del ser humano adulto joven, observándose horizontal y continua cuando se está con salud. Las elevaciones representan los encuentros con personas de riesgo fuera de su familia o pareja y el declive en curvatura son las alteraciones de la salud que pueden ser de diferente nivel de profundidad en cada una de las personas en donde intervienen las condiciones ambientales físicas y sociales, así como la nutrición.

En este proceso la persona experimenta diferente sintomatología sintiéndose atrapada en una vaga, pero molesta inestabilidad física que no es una sintomatología clara por lo cual, decide liberarse de ello tomando la decisión de acudir a un establecimiento de salud cercano a su hogar que puede ser de diferente complejidad. En este esquema está representada por la línea gruesa siendo un periodo decisivo en la vida de la persona ; además después de realizarse los diferentes exámenes presenta una significativa alteración de sus diferentes áreas de su vida, donde se representa una caída en la estabilidad cuando conoce el diagnóstico sacudiéndola en todo su ser y reaccionando con llanto, tristeza, lágrimas y angustia hasta expresan “mi mundo se cayó”, “el mundo se me vino encima” tener la sensación de no tener piso firme o sentirse aplastado por el evento de conocer el

diagnóstico reaccionando socialmente y ocultando el diagnóstico, vergüenza, y cuando lo comparte lo hace selectivamente con algunos miembros de su familia muy allegados.

La línea horizontal llega a la estabilidad anterior de una manera progresiva en el transcurso de esta etapa continúa teniendo caídas, pero de diferente y en menor magnitud a la primera. La línea circular y envolvente, representa a las primeras personas que conocen el diagnóstico: la pareja y la madre quienes con actitudes y acciones circundantes de ayuda, comprensión y apoyo son las primeras personas en manifestar su solidaridad a las personas con VIH, dicha línea en su trayecto y con el tiempo va integrando otras personas como los hermanos, el papá en algunos casos seguido de tía, primos, suegros y otra familia política puede integrar a personas de su trabajo e iglesia así como amigos, la línea de la vida y ahora con alteraciones a la salud de por la presencia del VIH en su vida en algún momento del tiempo se podrá estabilizar pero no recuperar la salud.

La propuesta de modelo teórico “*Buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes*”, se conceptualiza como el proceso de relaciones sociales en personas que viven con el VIH quienes transitan entre reconocer haber experimentado relaciones de riesgo, compartiendo diagnóstico en relaciones selectivas, luego transitan entre el sufrimiento y relaciones de apoyo finalmente armonizando dimensiones de la vida y relaciones sociales.



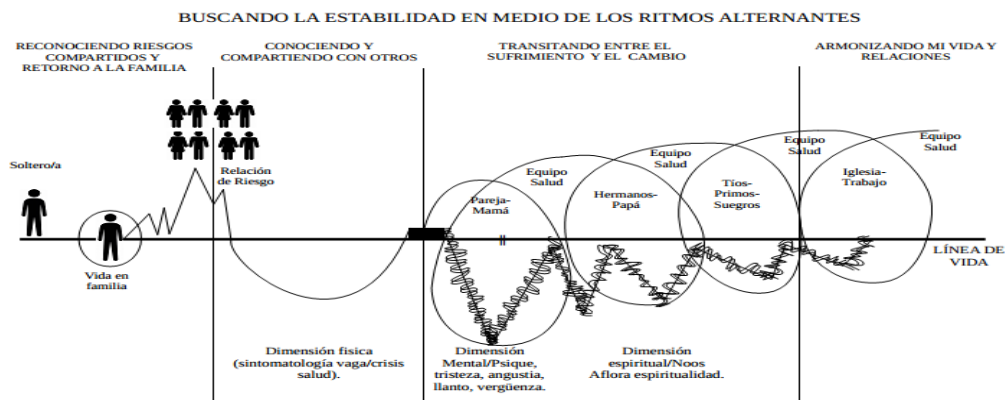


Fig. 11.- Representación esquemática de la **propuesta de modelo teórico: “Buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes.”**

## 6.2 Fases del modelo Teórico Emergente

De propuesta de modelo teórico emergente: “*Buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes*” en mención, se clasifica como una Teoría de Mediano Rango, porque se componen de un número límite de conceptos y proposiciones que se escriben a un nivel relativamente concreto y específico Fawcett (2005); está constituida por cuatro fases siendo la primera: Reconociendo riesgos compartidos y retorno a la familia, la segunda fase denominada conociendo y compartiendo con otros, seguido de la tercera Transitando entre el sufrimiento y el cambio y la cuarta se denomina Armonizando mi vida y relaciones, y se fundamenta en uno de los elementos de cuidado del filósofo Milton Mayeroff y son los ritmos alternantes entendido como “el ritmo de moverse hacia adelante y hacia atrás entre un marco más estrecho y un marco más amplio” (Mayeroff,1971), es decir que algunas de las personas con VIH han experimentado o están al inicio del proceso de experimentar y

reflexionar acciones realizadas en el pasado, mi pasado, nuestro pasado, recibiendo una lección de vida viendo y aceptando que es producto de acciones anteriores; con la libertad de decidir como persona se toma la decisión de ayudarse a sí mismo y al otro sea este de carácter permanente o no; modificando en alguna medida comportamientos en alimentación, cuidado en el reposo y descanso así como en las relaciones para así ayudar al otro, aun que en otros casos sencillamente la vida sigue igual sin hacer nada por cambiar las acciones cotidianas.

De igual manera, la propuesta de modelo teórico emergente “*Buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes*” se relaciona con la teoría de los significados de Starck, P.L. (2008) la cual se basa en los trabajos de Víctor Frankl que sirve de apoyo a personas con problemas psicológicos y psiquiátricos, a fin de servir de soporte para sobrellevar las situaciones de la vida cotidiana, así como eventos adversos e inesperados que cambian la vida de la persona

La teoría de los significados de Starck supone que son tres elementos importantes que respaldan la dimensión humana: el física o soma, la mental o psique y la espiritual o noos, así supone que estos tres espacios o elementos mencionados son importantes para la búsqueda del propósito de vida, siendo este el concepto central de la teoría de los significados junto con el segundo concepto que se denomina la libertad de elegir y el tercer concepto es el sufrimiento humano; el primer concepto es el propósito de vida está concebido como la razón de la propia existencia, a lo que se siente llamado, en donde cada persona puede descubrir su propio significado, es decir es un evento interno y por decisión propia y es importante mencionar además que el propósito de vida surge de la singularidad

de la personas y de la singularidad de la situación, Starck, 2008: el Dr. Frankl detallo que son tres los caminos para encontrar el propósito de vida: crear una obra más allá de sí mismo; experimentar algo o encontrar a alguien y elegir nuestra propia actitud al propio destino ante el momento singular de conocer el diagnóstico e iniciar el proceso de tratamiento y cuidado en sus vidas; además supone que la falta de propósito de vida conlleva a experimentar un vacío existencial caracterizado por una sensación absoluta de desesperación, desesperanza, y vida sin sentido lo que se llama la etapa de la infelicidad; es decir no se tiene la capacidad en este momento singular de su existencia de valorarlo de manera clara debiendo mencionar que solamente una persona con VIH expreso no se r feliz al cien por ciento en algún momento de la entrevista.

El segundo concepto de la teoría de los significados es la libertad de elegir, como responder a la pregunta que puedo hacer para beneficiar a alguien ; evidenciado en los hallazgos como la libertad de elegir cambios de conducta para seguir viviendo y para proteger a otros; el tercer concepto de la teoría de los significados es el sufrimiento humano caracterizado por ser una experiencia subjetiva, única del ser humano el cual varia de molestias transitorias simples a angustia extrema y desesperación, considerando además que el sufrimiento es parte de la existencia humana; es decir que las persona no entran en proceso de resolución del sufrimiento de manera estable sino tiene episodios que relatan experimentar en su vida cotidiana.

### **6.3 EL PROCESO DE CAMBIO**

Los cambios en las personas con VIH al conocer que se tiene la enfermedad causa crisis, asombro, incredulidad, negación, cuestionamiento a sí mismo, cuestionamiento a Dios; porque, llega a sus vidas sin esperarlo, ocurre en el momento en el que menos se espera, en el momento menos oportuno y a veces se descubre en el control prenatal; durante una hospitalización por enfermedad respiratorias, en la preparación para cirugía programada, cuando se va a donar sangre entre otros, en ocasiones se guarda para sí por un tiempo de conocer el diagnóstico y no se comparte en algunas ocasiones ni con sus allegados emocionalmente pero luego se hace; tener VIH se asocia a veces con una muerte muy cercana, por lo tanto se toman decisiones rápidas de manera personal, de manera unitaria pero no colectiva relacionado con compartir el diagnóstico muy selectivamente a los allegados y de confianza, es decir el cambio de la salud a la inestabilidad de esta depende del resultado de un examen que marcara su vida hasta el final.

En este fenómeno en particular las personas con VIH expresan no saber qué hacer, expresan sentirse atrapados, sentirse como preso, en donde el poder de cambio y de decisión no lo tiene el personal de salud, no lo tiene la enfermera, no lo tiene la familia sino que lo tiene la persona con VIH quien decide cuando ya está diagnosticado ir tempranamente a consulta y no se sepan otras personas, también decide ir en sus días libres para ocultarlo en su trabajo, decide compartir que tiene otra enfermedad menos estigmatizantes con la diabetes y anemia, decide seleccionar con quien compartir su pena, decide muchas veces ir y venir solo a control sin compartir con la familia en otras ocasiones le acompaña los parientes cercanos a falta de una pareja y decide tomar el tratamiento así

como iniciar a realizar cambios y lograr en algún momento la estabilidad perdida de su salud.

La persona con VIH de alguna manera se abstrae del mundo circundante e inicia una nueva etapa en su vida, etapa que no tiene un periodo de tiempo aproximado en duración sino que es variable y particular según cada caso, etapa caracterizada y en donde se entreteje el llanto nocturno y solitario al recordar que tiene VIH o por la pérdida de la pareja por la misma causa, tristeza, culpa, enojo, ingesta de medicamentos específicos para el VIH, ingesta de tratamiento de carácter preventivo para la tuberculosis pulmonar, aflorando entonces la espiritualidad a través de la fe manifiesta, mediante el agradecimiento por el resultado negativo de la pareja, del hijo o hija, por sentirse mejor; se elevan peticiones por un milagro de curación, por tener vida para ver a hijo-a grande, algunos de ellos esperan una transacción de cambio ocurrirá la entrega a Dios a cambio de la espera de ayuda, o en otros casos se acepta y la voluntad de un ser divino y todopoderoso; debe destacarse que algunos aceptan no tener muy fundamentada el área espiritual esperando desarrollarlo.

Referente a la pertenencia en la iglesia se encontró ser de una denominación religiosa pero vacilante al expresarse abiertos a otra religión; destacando que la fundamentación de pertenencia y participación en la iglesia no está en relación con la espiritualidad y solamente una persona expresó que el pastor de su iglesia le apoyo, conoce e intervino en la pareja para que esta acudiese a consulta.

En Enfermería existen visiones del mundo que derivan de las formas abstractas de ver la realidad y reflejan el punto de vista del ser (ontológico) y el conocer (epistemológico) (Bueno, 2011) ; las visiones del mundo según Fawcett y Newman (2005) son tres: la visión reactiva o particular determinística, la visión de interacción reciproca o interactiva integrativa y la visión simultanea o unitaria transformativa; es en esta última que las personas conviven como seres unitarios, auto organizados e irreductibles que responden simultáneamente a estímulos en campos holísticos; a partir de esta aseveración vemos entonces que en esta propuesta de modelo teórico emergente : *“Buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes”* se concibe a las personas con VIH cómo seres con sus las dimensiones física, mental, espiritual y social y ninguna de ellas puede ser reducida a otra menor expresión, sino para que exista debe de tener las tres dimensiones mencionadas, estas personas auto organizadas que en la vida cotidiana y como miembros de una familia, ejerciendo el rol de padre, de madre, de pareja, hijo, hija, abuelo se organizan en familias cualquiera que sea su estructura, además con libertad de establecer relaciones que sean positivas o que les causen daño, y que responden a estímulos del entorno el conocer que se tiene VIH producto como consecuencia de sus acciones anteriores, afectándose sus tres dimensiones, que aun sufriendo ejecutan acciones donde entre en juego la libertad y comenzar a encontrar un propósito de vida.

#### **6.4 Supuestos de los resultados**

- En las personas con VIH se afectan las dimensiones física, mental, social y espiritual que la hace perder su estabilidad humana

- En medio de sentirse aprisionadas al conocer el diagnóstico, las personas hacen uso de la libertad humana de elegir su atención al tratamiento y compartir selectivamente el diagnóstico.
- En el proceso de experimentar episodios de ritmos alternantes de sufrimiento las personas con VIH van encontrando el significado de vida.
- El tiempo de conocer el diagnóstico no es un factor determinante que predice la participación en redes de apoyo institucionales.

## **6.5 Principales conceptos del meta paradigma**

Considerando los hallazgos analizados bajo el método de la teoría fundamentada y siguiendo a Walker y Avant (2011) en donde se propone debe realizarse el proceso derivación, síntesis y análisis de los conceptos, se eligieron los conceptos de relación de riesgo, expresando sentimientos, transacción de apoyo, espiritualidad y significado de vida, considerando el campo de la sociología que está en congruencia con el método utilizado en el presente estudio siendo el objetivo o propósito de desarrollar definiciones a fin de que puedan fortalecer el cuerpo teórico de la profesión de enfermería, así, después de la revisión de la literatura se proponen los conceptos de: riesgo social, sufrimiento social, apoyo social, espiritualidad y significado de vida, así :

### **6.5.1 Riesgo social**

Es aquel evento que sucede en personas en relación estable o no, en trabajadores sexuales, que sin distinción de género establecen relaciones con una o varias personas del mismo o diferente género y que son conocidos o desconocidos, teniendo relaciones sexuales con o sin protección, de manera voluntaria y confiada ó forzada producto de la

violencia social y que deja secuelas de las agresiones físicas y psicológicas; en algunos casos a sabiendas o con sospechas que la pareja tiene VIH, o sucede negación de la pareja que tiene VIH pero se continua la relación y que traen como consecuencia ser persona viviendo con el virus de inmunodeficiencia adquirida. Ocurre en el proceso de establecer nueva relación que se comunica el diagnóstico de VIH y el consecuente rechazo al uso del condón. Se maneja la creencia que tener relaciones con jóvenes no pueden aun tener el VIH. Debe señalarse que en el medio de las relaciones de riesgo se combina el uso del alcohol y se reconoce el estilo de vida sexual de riesgo experimentado o sentirse engañada por la apariencia saludable de expareja o no imaginarse y se deja llevar por la pasión

### **6.5.2 Sufrimiento social**

Sentimiento originado por relaciones sociales fuera de lo socialmente esperado y vivenciado en las relaciones con hermanos, padres, pareja, pareja embarazada, conocidos, en el consultorio médico, familia, la enfermera o la psicóloga y que se manifiesta como un estado de ánimo personal e interno y complejo caracterizado por aflicción, preocupación, miedo, temor al rechazo, a la marginación, a perder el trabajo, a contagiar a la pareja, pensamientos suicidas, pensamientos homicidas y deseos de morir, cuestionamiento a sí mismo, sueños recurrentes con entierro y ataúd, llanto, tristeza, sentimiento de estar presa, vergüenza cuando se habla de la enfermedad, aflicción, depresión, no ser feliz, sentir que el mundo se derrumba, se cae, se viene encima después de conocer que se vive con el virus de inmunodeficiencia adquirida ó lo padece la pareja por lo cual se manifiesta a otras personas que se tiene otra enfermedad como azúcar en la sangre o hipertensión arterial; así como pensar otras personas no le iban a dirigir la hablar, sintiéndose poca cosa, es tristeza en el corazón y miedo a la muerte pronta y no ver crecer a hijos que trae como consecuencia evidentes alteraciones y/o ruptura de las relaciones familiares y sociales

### **6.5.3 Apoyo Social**



El apoyo social es una experiencia social positiva con parientes y cercanos a la persona después de conocer que está viviendo con el virus de inmunodeficiencia adquirida (hermana, hermano, papa migrante, mama migrante, otra persona, pareja, familia, esposa, enfermera, trabajadora social, hijos, vecino, amigo virtual enfermero, compañeras de trabajo, cuñada, hija, ex pareja, novio, familia, amiga) y que se manifiesta en orientación, acompañamiento, ofrecimiento y apoyo emocional, aspectos que contribuye a la satisfacción vital.

Tales manifestaciones suceden en las relaciones como llevarse bien, (pero no platica de ello) , acompañamiento a consulta y donde se vaya, a compartir el diagnóstico, visita en hospital, examen, examen confirmatorio, recordatorio de fechas de exámenes, de fecha de cita de consulta, a tratamiento; en la orientación , apoyo moral, a ocultar diagnóstico, se guarde el secreto, no debe hacer eso, [tirarse de bus], consejos a cuidarse; en el ofrecimiento de apoyo económico, con transporte, cuidado en alimentación y descanso y en cuido de hijos y en el ámbito emocional como escuchar no se preocupara, ofrecimiento de ayuda, sentimiento de ayuda al conversar, escuchar están para lo que sea, llamadas telefónicas de amor y apoyo filial, cuido como pareja, palmada de apoyo en la espalda que levanto el ánimo, comprensión de esposa quien da fuerzas y no lo abandonara y finalmente reconocimiento al establecimiento de salud por sentirse le apoyaron, abrazo de apoyo, no se recibe rechazo

#### **6.5.4 Espiritualidad**

La espiritualidad es una experiencia personas y subjetiva se manifiesta en las personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia adquirida por expresiones que independiente de su nominación religiosa , de creer en un ser superior omnipotente y omnipresente y que se manifiesta en espera de misericordia, peticiones diversas, fe,

aceptar que no se es eterno, es destino de dios para cada uno, petición de perdón, fuerzas, de milagro, de vida para ver crecer hijos y gratitud por efecto de tratamiento, por visita de pareja a hijas, apoyo de familia, tener vida, resultados de exámenes, sentirse mejor, no estar ingresado, salir bien de cirugía, por apoyo de esposa, le atendieron enfermeros, no tener recaída, esta indetectable, no suicidarse; tales manifestaciones ocurren en el hospital, en la casa y en la iglesia.

#### **6.5.5 Significado de vida**

Estado personal, subjetivo e intransferible derivado de periodos críticos de la vida como ser persona viviendo con el virus de inmunodeficiencia adquirida, el cual está relacionado a satisfacción de logro al saber las defensas están bien, tener tratamiento, podrá trabajar, sentir cambia la vida y conversar , cambiar de domicilio por encontrarle recetas, que no va a morir de esta enfermedad, se desea ver a hijo pequeño ya soltero, quiere vivir , elementos que tiene vinculación con el tiempo sentido de lucha

### **CONSIDERACIONES FINALES**

Considerando que el objetivo era describir los procesos de relaciones en personas que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida y que se retoman las premisas del interaccionismo simbólico: el ser humano actúa hacia las cosas sobre los significados, incluyendo en estos otros seres humanos, que el significado surge de la interacción y que estos (significados) se manejan y modifican a través de un proceso interpretativo (Blumer, 1968), y mediante la aplicación del método de teoría fundamentada que permitió el

análisis desde la persona con VIH considerando los procesos de relaciones con otros seres humanos y sus experiencias de cuidado y cuidado de sí, el cual modifica para su beneficio la estabilidad de la salud, permitiendo generar una propuesta que guíe las acciones de cuidado.

Emerge y se crea una propuesta de modelo de enfermería para personas con VIH llamado: *“Encontrando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes”*, propuesta que surge del método inductivo y que a través de los significados de las personas con VIH se logra identificar situaciones que experimentan las personas afectadas en su cotidianidad, en su mundo y que se relacionan con condición de salud, apoyo, situaciones emocionales como sentimientos, situaciones sociales y espirituales, que se han dado como resultado cuatro categorías que explican el sentir de estas personas, dentro de las cuales están: *reconociendo riesgos compartidos y retorno a la familia; conociendo y compartiendo con otros; transitando entre el sufrimiento y el cambio, y armonizando mi vida y relaciones*, y es mediante esta propuesta que se pretende explicar las fases del proceso de las relaciones generadas en esta investigación por la condición inesperada de conocer en la persona que se tiene y se vivirá con el VIH.

Es a partir de los procesos de relaciones en las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida, experiencia que no se espera y llega a la vida de las personas sin esperarse, que derrumba el mundo del ser humano y evidencia la capacidad de hacer uso de su libertad y tomar decisiones para ser atendido en medio de los ritmos alternantes de sufrimiento que les posibilita en un periodo de tiempo indeterminado y variable según como manejen los significados a iniciar a encontrar el significado de vida, por lo cual se

proponen los términos de relaciones sociales, sufrimiento social, apoyo social, espiritualidad y significado de vida.

Finalmente se concluye que con el desarrollo de la presente investigación se reconoce la problemática sobre el fenómeno del proceso de relaciones en las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida por lo que mediante la propuesta de modelo teórico: Buscando la estabilidad en medio de los ritmos alternantes, de su divulgación y aplicación en la práctica profesional se contribuirá a mejorar la práctica de enfermería; mismo que servirá para la formación de las futuras profesionales de enfermería. La propuesta de modelo teórico tiene implicaciones para investigación, ya que debe generar investigaciones secundarias a partir de los hallazgos encontrados a fin de validar la propuesta de modelo teórico presentado.

## BIBLIOGRAFÍA

### Artículos

Acosta, M., Sáenz, M. del R., Gutiérrez, B. y Bermúdez, J.J. (2011). Sistema de Salud de El Salvador. *Salud Pública de México*, 53, (2), 188-196.

Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800014&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800014&script=sci_arttext&tlng=en)

Achucarro, S. (2010) Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de enfermería. *Inst. Med. Tropical*, 5(1), 20-34.

Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v5n1/v5n1a04.pdf>

Álvarez-Cabrera, P., Cerda-Nangarí, M., Tordoya-Espinosa, S. y Arriagada-Huanca, N. (2018) Depresión e ideación suicida en funcionarios de gendarmería pertenecientes a guardia armada del complejo penitenciario de Acha Y CIP CRC. Universidad de Santo Tomás. Pp. 171-192 Disponible en:

[http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/v16n1/v16n1\\_a07.pdf](http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/v16n1/v16n1_a07.pdf)

Anderson, M. R., Gon, K., Medina, N., Margolis, L., Hagan, B., McKenna, K., Alonzo, K., Arathoon, E. y Samayoa, B. (2016) Obstáculos para las pruebas de VIH en Guatemala: un estudio cualitativo. *Medicina Social*. volumen 11, número 1. Pp. 23-29. Disponible en:

<http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/922/1731>

Andrade Abdala, G., Días Meira, M. D., Silva Oliveira, S.L. S. y Cunha dos Santos, D. (2017) Religión, espiritualidad y enfermería. *REFACS*; 5(Supl.1):154-16 Disponible en: <http://www.seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs>

Antelo, P. y Espinoza, P. (2017) La influencia del apoyo social en cuidadores de personas con deterioro cognitivo o demencia. *Revista De Estudios E Investigación en Psicología y Educación*. Vol. Extr., No. 14. Doi:

<https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2235>

Anton Hurtado, F. (2017) Antropología del sufrimiento. *social Antropología Experimental* n° 17 (24): 345-355. Disponible en:

<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/3777/3093>

Aquino, T. A. A., Gouveia, V. V., Gomes, E. S., & Melo de Sá, L. B. (2017). La percepción de sentido de la vida en el ciclo vital: una perspectiva temporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 375-386. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3728>

Almanza Avendaño, A. y Flores Palacios, F. (2012) Resistencia a la discriminación:

narrativas familiares acerca de la infección por VIH. Un estudio exploratorio. *Psicología y Salud*, 22 (2) 173-184.  
Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/531/901>

Almanza Avendaño, A.A. y Flores Palacios, M.F. (2012). Resistencia a la discriminación: Narrativas familiares acerca del VIH en la era del acceso al tratamiento antirretroviral. *Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (4) ,247-267.  
Disponible en : <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Ariagor%20Almanza%20Avenda%20Flo.pdf>

Arévalo Mora, L. y Ávila Mira, S.P. (2012) Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/sida: Revisión Literaria, 20 (1), 52-61.  
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v20n1/v20n1a06.pdf>

Arias Valencia, M. M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*, 18 (1), 13-26.  
Disponible en:  
<http://www.uacm.kirj.redalyc.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294001>

Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, IASP. (2018) ¿Cómo se define el dolor crónico? Disponible en: [http://www.change-pain.org/grt-change-pain-portal/change\\_pain\\_home/chronic\\_pain/insight/definition/es\\_ES/324800317.jsp](http://www.change-pain.org/grt-change-pain-portal/change_pain_home/chronic_pain/insight/definition/es_ES/324800317.jsp)

Aulleta, N. y Dakduk, S. (2013) Bienestar del consumidor: un recorrido por la salud, el hedonismo, la espiritualidad y las religiones. *Debates IESA*. Vol. XVIII numero 2. Pp. 10- 14. Disponible en:  
[http://www.iesa.edu.do/FILES\\_MedíaBroker/Public/\\_PDF/1215.pdf](http://www.iesa.edu.do/FILES_MedíaBroker/Public/_PDF/1215.pdf)

Balachova, T., Shaboltas, A., Nasledov, A., Chaffin, M., Batluk, J., Bohora, S., Bonner, B., Bryant, K., Tsvetkova, L. & Volkova, E. (2017) Alcohol and HIV Risk among Russian Women of Childbearing Age. *AIDS Behav.* 21(7): 1857–1867. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5340633/>

Batista. C. del C. (2009) Como vive el VIH en una familia: Reconstrucción de los vínculos socio-familiares para enfrentar esta experiencia. Universidad Nacional de Rosario, 12. Disponible en:  
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/grupos/GTF/batista.pdf>

Bryant, A. (2009) Grounded Theory and Ppragmatism: the curious case of Anselm Strauss. *Forum: Qualitative Social Research*, 10 (3)  
Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1358>

Bueno, B., Buz, J., Navarro, A.B., y López-Martín, L. (2017). Equidad en el apoyo social

recíproco y satisfacción vital en personas mayores. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.easr> ----

Calvo Morales, M.C., Pérez Noriega, E., Morales Espinoza, M.L., Báez Alvarado, M.R. y Alonso Castillo, M.M. (2008) El significado de vivir con VIH, en la voz de quienes enfrentan esta realidad. *Desarrollo Científico Enfermero*, 16 (7), 309-312.  
Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/16pdf/16-309.pdf>

Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 473-482.  
Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/colabora8.pdf>

Camargo Barrero, J.A., Castañeda Castillo Buitrago, J.P. Polanco, J.G. y Díaz. (2018) Sentido de vida y salud mental en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. Análisis preliminar de dato. Primer congreso internacional multidisciplinario de educación superior. I-CIMES 2018. Pp. 1-18. Disponible en: <http://cienciaytecnologia.uteg.edu.ec/revista/index.php/cienciaytecnologia/article/view/211/195>

Cardona-Duque, D.V., Medina-Pérez, O.A., Herrera Castaño, S.M., y Orozco Gómez, P.A. (2016) Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*; 15(6):941-954  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000600010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600010)

Cardona-Arias, J.A. (2010) Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 12 (5): 765- 776.  
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a07.pdf>

Carrasco-Aldunate, P., Araya-Gutiérrez, A., Loayza-Godoy, C., Ferrer-Lagunas, L., Trujillo-Guarda, C., Fernández-Sarmiento, A., Lasso-Barreto, M. y Pérez-Cortés, C. (2013) Cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación. *AQUICHAN*, 13 (3),387- 395.  
Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130042007>

Castellanos A., C.E. (2009). Atención Domiciliar: Detección temprana de los síntomas de Burnout en familiares que cuidan a personas con VIH/SIDA. *Ciencia y sociedad*, XXXIV (1), 120-132. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/870/87014565006/>

Castellanos López, G.E. y Flores Palacios, F. (2006) Representación social de VIH/ sida en personas que viven y trabajan en dos centros penitenciarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 17 (01), 33-43.  
Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/737/1309>

Castillo, E. y Vásquez, M. L. (2003) El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa. Colombia Médica, 34: 164-166. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/283/28334309/>

Centro Internacional para la Investigación del fenómeno del niño, CIIEFEN, (2009) Aproximación para el cálculo de riesgo. Disponible en: [http://www.ciifen.org/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=84&Itemid=336&lang=es](http://www.ciifen.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=84&Itemid=336&lang=es)

Cervantes Peña, C.L., Rodríguez Puente, L.A., Alonso Castillo, M.M., Oliva Rodríguez, N.N., Álvarez Martínez, A. y Leija Mendoza, A. (2018) Valores, espiritualidad y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria. Enfermería Global. N° 51.Pp. 470-476. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/59940/2/284761-1141121-1-PB.pdf>

Constanza Aviño, J., García de Olalla, P., Díez, E., Martín, S. y Cayla, J. (2015) Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. Gaceta Sanitaria, 29 (4), 252–257. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.002>

Conejeros Vallejos, I., Sánchez, E.H., Ferrer Lagunas, L., Cabieses Valdés, B., y Cianelli Acosta, R. (2010). Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/Sida. Investigación y Educacion en Enfermería. 28(3), 345-54. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215721005.pdf>

Cliffe, S., Townsend, C., Cortina-Borja, M. & Newell, M.L. (2012) Fertility intentions of HIV-infected women in the United Kingdom. AIDS Care, Taylor & Francis (Routledge), 2011, pp.1. Disponible en: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00686084/document>

Chong Villarreal, F., Fernández Casanueva, C., Huicochea Gómez, L., Álvarez Gordillo, G.C. y Leyva Flores, R. (2012). Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH / sida. Estudios fronterizos,13 (25) ,31-55. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/estfro/v13n25/v13n25a2.pdf>

Delaney R.O., Serovich JM & Lim JY (2009) Psychological differences between HIV-positive mothers who disclose to all, some, or none of their biological children. Journal of Marital Family Therapy, 35 (2), 175–180. Doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00114.x

De la Cuesta Benjumea, C. (2006) La teoría fundamentada como herramienta de análisis. Cultura de los cuidados. Año X, N° 20.pp. 136- 140. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/876/1/culturacuidados\\_20\\_19.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/876/1/culturacuidados_20_19.pdf)

De la Cuesta Benjumea, C. (2006). Estrategias cualitativas más utilizadas en el campo de



la salud. Nure Investigation, 37.

Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17054/3/FMetod\\_25.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17054/3/FMetod_25.pdf)

Di Bello, J.M. y Palopoli, A. (2015) Estrategias de grupos de reflexión y consejerías en VIH. Experiencias y desafíos para la comunicación en salud. AVATARES de la comunicación y la cultura, (10), 1-21

Disponible en: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/avatares/article/view/9004/pdf>

Do Espírito Santo, C.C., Tosoli Gomes, A.M., De Oliveira, D.C. y Corrêa Marques, S. (2013) Adesão ao tratamento antirretroviral e a espiritualidade de pessoas com hiv/aids: estudo de representações sociais. Esc. Anna Nery, 21 (4), 458-63.

Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a07.pdf>

Domínguez Odio, R., Ortega, R.N., Llorente Aguilera, Y.B., y Ramírez Arias, M.C. (2011) Estado de los conocimientos sobre alimentación y nutrición de las personas que viven con VIH/sida. Influencia en la prevención del síndrome de desgaste. Cubana de Alimentación y Nutrición, 21 (2), 263-274.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2011/can112h.pdf>

Eubanks, A., Parriault, M.C., Van Melle, A., Basurko, C., Leila Adriouch, L., Claire Cropet, C & Nacher, M. (2018) Factors associated with sexual risk taking behavior by precarious urban migrants in French Guiana, BMC International Health and Human Rights. 18:24 <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0164-4>

Estrada, F., Campero, L., Suárez-López, L., De la Vara-Salazar, E. y González-Chávez, G. (2017) Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. Salud pública de México. Vol. 59, no. 5. Pp. 558-565. <https://doi.org/10.21149/7959>

Faler C.S. y Abreu L. (2016) Diagnóstico VIH-SIDA: Los impactos causados en la persona en las relaciones y estructura familiar Rev. Salud Jalisco, Año 3, Número 1 . páginas 24-31. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2016/sj161d.pdf>

Fernández-Dávila, P. y Morales Carmona, A. (2013) Discursos sobre la responsabilidad sexual en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. Española de Salud Pública, 87, 367-382.

Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v87n4/07\\_original\\_5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v87n4/07_original_5.pdf)

Folgueiras de Bertomeu. (2009). Métodos y técnicas de recogida y análisis de información Cualitativa. Disponible en:

[https://cultura-identidadupn111.wikispaces.com/file/view/power\\_taller.pdf](https://cultura-identidadupn111.wikispaces.com/file/view/power_taller.pdf)

Flores, F. y Almanza, M. (2013) Un estudio exploratorio de las consecuencias psicosociales del estigma en varones que viven con VIH en México. Ciencia y

tecnología, 6 (1), 51-59. Disponible en:  
<http://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/256>

Fry, L. F. (2003) Toward a theory of spiritual leadership. *The Leadership Quarterly* 14 (2003) 693–727. Disponible en:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/4ae7/dbb708b59251854f69d780953556f433cced.pdf>

García-Alandete, J., Martínez, E. R., Sellés Nohales, P. & Soucase Lozano., B. (2018). Meaning in Life and Psychological Well-Being in Spanish Emerging Adults. *Acta colombiana de Psicología*, 21(1), 206-216 doi:  
<http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2018.21.1.9>

García-Cid, A. ; Hombrados-Mendieta, I. ; Gómez-Jacinto, L. ; Palma-García, M. O. ; Millán-Franco, M. Apoyo social, resiliencia y región de origen en la salud mental y la satisfacción vital de los inmigrantes \* *Universitas Psychologica*, vol. 16, núm. 5. Disponible en; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64753989009>

García-Martín, M. A., Hombrados-Mendieta, I., Gómez-Jacinto, L. A. (2016) Multidimensional Approach to Social Support: The Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *Anales de Psicología*, vol. 32, núm. 2, pp. 501-515. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16745250022.pdf>

García Pineda, M.L. y Núñez Álvarez, L.F. (2011) Viviendo con VIH una experiencia desde el sentido de vida y la cotidianidad. n.d. 1-26  
Disponible en: <http://200.21.98.67:8080/jspui/bitstream/10785/627/1/completo.pdf>

García R.P., Budó, M.L.D., Schwartz. E., Simon BS, & Silva F.M. (2015) Social support towards the necessity of caring after myocardial infarction. *Rev Bras Enferm.*; 68(4):564-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680411i>

Garza-Garza, R., González-González, S.E. y Jorge Ocampo- Candiani, J. (2014) Manifestaciones cutáneas del VIH. *Rev. Gaceta Médica de México*, 150 (2), 194-221. Disponible en:  
[http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s2/GMM\\_150\\_2014\\_S2\\_194-221.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s2/GMM_150_2014_S2_194-221.pdf)

Garzón, A. S., Villarroel, V. M. y Mejía, M. A. (2018) el suicidio: develador de situaciones que generan sufrimiento en una escuela secundaria. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*. núm. 52, pp. 163-180. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18554964008>>

Gatti, G.P., Díaz, A.E., Mulugueta, S. y Simi, M.R. (2011) Prevalencia de depresión en pacientes HIVSIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kanye, Botswana, África. *Alcmeon, Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(1), 48 - 56.  
Disponible en: [https://www.alcmeon.com.ar/17/04\\_gatti\\_africa.pdf](https://www.alcmeon.com.ar/17/04_gatti_africa.pdf)

Giles Carnero, R. (2016) El cambio climático como riesgo y amenaza para la seguridad: derivaciones en el desarrollo del régimen jurídico internacional en materia de clima. Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades, año 18, n° 36. Pp. 315-338. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/57384/1%20el%20cambio%20clim%c3%a1tico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Giles Carnero, R. (2016) El cambio climático como riesgo y amenaza para la seguridad: derivaciones en el desarrollo del régimen jurídico internacional en materia de clima. Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades, año 18, n° 36. Pp. 315-338. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/57384/1%20el%20cambio%20clim%c3%a1tico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Grimberg, M. (2003) Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. Cuaderno de Antropología Social, 17(1), 79-99. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n17/n17a05.pdf>

Grimberg, M. (2009). Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Cad. Saude Pública, 25 (1), 133-141. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD7831.pdf>

Grouden, M. E., & Jose, P. E. (2015). Do sources of meaning differentially predict search for meaning, presence of meaning, ¿and wellbeing? International Journal of Wellbeing, 5(1), 33-52. doi:10.5502/ijw.v5i1.3. Disponible en: <https://internationaljournalofwellbeing.org/ijow/index.php/ijow/article/view/313/442>

Gore-Felton, Ch. and Koopman, Ch. (2008) Behavioral Mediation of the Relationship Between Psychosocial Factors and HIV Disease Progression. Psychosomatic Medicine 70, 569–574. DOI: 10.1097/PSY.0b013e318177353e

Herrera Bautista MR, y Rodríguez-Rodríguez G. (2014) El sufrimiento social como un problema de salud pública. Archivos en Medicina Familiar. Vol.16 (4) 73- 81. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf144d.pdf>

Hinojosa, L., Alonso, M.M., Armendáriz, N.A., López, K.S., Gómez, M.V. y Álvarez, J. (2018) El efecto de la espiritualidad y el apoyo social en el bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona dependiente del alcohol. Health and Addictions. Vol. 18, No.1, 71-79. Disponible en: <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/341/pdf>

Hoffman KA, Beltrán J, Ponce J, García-Fernández L, Calderón M, Muench J, Benites, C., Soto, L., McCarty, D. y Fiestas, F. (2016) Barreras para implementar el despistaje, intervenciones breves y referencia al tratamiento por problemas de consumo de

- alcohol y otras drogas en hospitales que atienden personas que viven con el VIH/SIDA en el Perú. *Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 432-7.  
Doi: 10.17843/rpmesp.2016.333.2293
- House, J. S., Umberson, D & Landis, K. R. (1988) Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, Vol. 14: 293-318.- Disponible en:  
<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
- Hye Park, K., Kim, D., Kyoung Kim, S., Hoon Yi, Y., Hoon Jeong, J., Jiun Chae, J., Hwang, J. & Roh, H. (2015) The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *Int J Med Educ.*; 6:103-108; doi: 10.5116/ijme.55e6.0d44
- Huamani Cahua, J.C. (2017) Sentido de vida en familiares cuidadores de personas diagnosticadas con cáncer. *Av. psicol.* 25(1). Pp. 97- 106. Disponible en:  
<http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/137/104>
- Hung Ho, R.T., Pui Chan, S.K., Yan Lo, P.H., Wong, P.H., Wan Chan, C.L., P.P. Yu Leung & Hai Chen, E.Y. (2016) Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with schizophrenia and mental-health professionals: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 16: 86. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0796-7>
- Kabbash IA, El-Gueneidy M, Sharaf AY, Hassan NM, Al-Nawawy AN. (2008) Needs assessment and coping strategies of persons infected with HIV in Egypt. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 14 (6), 1308-1320. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/117559/14\\_6\\_2008\\_1308\\_1320.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/117559/14_6_2008_1308_1320.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Kendall, T. y Pérez Vázquez, H. (2004). *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas*. México: 2004. Disponible en:  
[http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago\\_mujeresmex.pdf](http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago_mujeresmex.pdf)
- Konstantinidis, A. y Cabello Garza, M. L. (2008). La notificación del diagnóstico y las primeras reacciones de personas infectadas por el virus del VIH. *Perspectivas Sociales*, 10(1), 87-112.  
Disponible en: <http://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/51>
- Konstantinidis, A. y Cabello Garza, M.L. (2012) La notificación del diagnóstico y las primeras reacciones de personas infectadas por el virus VIH. Un estudio cualitativo realizado en el área metropolitana de Monterrey, N. L. *Perspectivas sociales*, 51 -74.  
Disponible en:  
<http://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/viewFile/51/51>
- Lafaurie, M.M. y Zúñiga, M. (2011) Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida:

contextos, experiencias y necesidades de cuidados de Enfermería. *Enfermería Global*, 10 (24), 315-330. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/Enfermeria1.pdf>

Lasso B., M. (2011) Diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas en el paciente adulto con infección por VIH/SIDA. *Infectologia*, 28 (5), 440-460. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v28n5/art10.pdf>

Leguizamón Velandía, D.P. y Ortiz Oria, V.M. (2016) Sentido de vida en personas con VIH/SIDA: Implementación y trascendencia de un taller logo terapéutico intensivo. *Hispanoamericana de ciencias de la Salud*, 2 (1), 35-41. Disponible en: <http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/109>

Leiva-Moral, J.M., Piscoya, P.N., Edwards, J.E., Palmieri, P.A. (2017) La experiencia del embarazo en mujeres que viven con VIH: una meta-síntesis de pruebas cualitativas. *Díario de la asociación de Enfermeras en el cuidado del SIDA*, 28 (4) 587- 602. Disponible en: <https://org.1016/j.jana.2017.04.002>

Leite Luengo, C.M. y Rodrigues dos Anjos Mendonça. A. (2014) Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con diabetes. *Rev. bioét*; 22 (2): 382-9 <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222020>

Leserman, J., Ironson, G., O’Cleirigh, C., Fordíani, J.M. & Balbin, E. (2008) Stressful Life Events and Adherence in HIV. *AIDS patient care and STDs*. 22(5): 403–411. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567910/>

Lesson, L.A., Nelson, A.M., Rathouz, P.J., Juckett, M.B., Coe, C.L., Ceas, E.W. & Constanzo, E.S. (2015) Spirituality and the recovery of quality of life following hematopoietic stem cell transplantation. *Health Psychol.* ; 34 (9): 920- 928. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4485951/>

Lipson JG. (2000) Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería*, 28-29. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-Enfermería/28-29revista/28-29\\_articulo\\_19-25.php](http://www.index-f.com/index-Enfermería/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php)

Loeliger, K.B. Biggs, M. L., Young, R., Seal, D. W., Beckwith, C.G., Kuo, I., Gordon, M.S., Altice, F.L., Ouellet, L. J., Cunningham, W. E., Young, J. D. & Springer, S. A. (2017) Gender Differences in HIV Risk Behaviors Among Persons Involved in the U.S. Criminal Justice System and Living with HIV or at Risk for HIV: A “Seek, Test, Treat, and Retain” Harmonization Consortium, *AIDS Behav* . 21(10): 2945–2957. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-017-1722-9>

Lopera Vásquez, J.P. (2018) Barreras a la expresión del sufrimiento en personas con esclerosis múltiple de Medellín, Colombia. *Hacia Promoc. Salud*. 2018; 23(2): 104-117. Disponible en: [http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista23\(2\)\\_Completa.pdf#page=104](http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista23(2)_Completa.pdf#page=104)

- Lucho, M. y F. Jerí, R. (2004). Abuso y adicción a sustancias psicoactivas en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. *Neuro- Psiquiatría*, 67, 64-79. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v67n1-2/a06v67n1-2.pdf>
- Llanos Zavalaga, L.F., Mayca Pérez, J., Navarro Chumbes, G. (2006). Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre la calidad de atención relacionada con TARGA. *Médica Herediana*, 17 (3), 156-169. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v17n3/v17n3ao5.pdf>
- Martínez Miguélez, M., (2011), La Etnometodología y el interaccionismo Simbólico. Sus aspectos metodológicos específicos. Disponible en: <http://prof.usb.ve/miguelm/laetnometodologia.html>
- Mendenhall, E. & Norris, S.A. (2015) When HIV is ordinary and diabetes new: Remaking suffering in a South African Township. *Global Public Health* 10(4): 449–462. Doi: 10.1080/17441692.2014.998698
- Meneses-La Riva, M. y Mayorca, C.C. (2014) Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima. *Enfermería Herediana*, 7 (2), 87-96. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=765304&indexSearch=ID>
- Mendoza Farro, N.B.F. y Rubio Rubio, S.A. (2016) Historia de vida de las personas viviendo con VIH/sida. In *Crescendo. Ciencias de la Salud*, 3(2), 75-83. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1422/1104>
- Miner, S. Bernal, S., Ferrer, L. y Repetto, P. (2007) Creencias y actitudes acerca de la violencia intrafamiliar y VIH/sida percibidos por hombres. Disponible en: [www.sch-mcps.cl/PROGRAMA%202007\\_CON\\_LOGOS.pdf](http://www.sch-mcps.cl/PROGRAMA%202007_CON_LOGOS.pdf)
- Montalvo-Prieto, A., Cabrera-Nanclares, B. y Quiñones-Arrieta, S. (2012) Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan*. VOL. 12 N° 2, Pp. 134-143. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2120/2723>
- Moral, J. y Segovia, M.P. (2014) Discriminación y afectos negativos en mujeres que viven con VIH. *Psicología*, 111, 71-91. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N111-5.pdf>
- Moral, J. y Segovia, M. P. (2011) Discriminación en mujeres que viven con VIH/sida *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2 (2), 185-206. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245118507004>

Moral de la Rubia J, y Valle de la O A. (2014) Las dos dimensiones del rechazo hacia las personas homosexuales. Archivos de Medicina, 14(1), 103-16  
Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2738/273832164010/>

Muñoz, M.N. (2009). Conviviendo con el VIH una experiencia de adherencia al tratamiento. Cultura de Cuidado de enfermería, 6 (2), 57-66. Disponible en: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/209>

Muñoz, S.F., Castro, E., Fiscal Idrobo, L.M., Narváez Vallejo, L.E., Paz Cuéllar, J.A. y Villamarín Meneses, M.C. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres con VIH durante la gestación y crianza. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 14 (1), 45-55.  
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145225516004.pdf>

Muñoz Ortega, M., M., Pinzón Vasco, M. y Vergara Pérez, A. (2008) Transición del proyecto de vida en mujeres con VIH/sida a partir del conocimiento de la enfermedad. Psicogente, 11 (20), 97-107. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2694/2720>

Niškanović, J. & Šiljak, S. (2015) Social Support, Self-Perceived Health and Mental Status of General Population of Republic of Srpska. Srp Arh Celok Lek.;143(3-4):180-185. Disponible en: <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0370-8179/2015/0370-81791504180N.pdf>

Ontiveros Rodríguez. A., López Rodríguez, E. y Cabrera Rodríguez, J.A. (2009). Influencia en pacientes de las representaciones sociales sobre el VIH y sida de los familiares. Ciencias Médicas de La Habana. 16 (2) 161-172.  
Disponible en: <http://medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/492/html>

Orgambidez-Ramos, A. y Borrego-Alés, Y. (2017) Apoyo social y engagement (cohesión) como antecedentes de la satisfacción laboral en personal de enfermería. Enfermería Global, No 48. Pp. 208 – 216. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00208.pdf>

Organización Mundial de la salud (2017) Factores de Riesgo. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

Organización mundial de la salud (2002) Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana. Francia: maqueta de gráficos. OMS.  
Disponible en: [http://www.who.int/whr/2002/en/Overview\\_spain.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/Overview_spain.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud (s.f.) Temas de salud. Depresión. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización de las Naciones Unidas, ONU y Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2001) La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. División de Estadística y Proyecciones Económicas. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas. Disponible en:

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf)

Ortega Jiménez, M., Ojeda Vargas, M. G., Ortiz Domínguez, A., Guerrero Castañeda, R. F. (2016) Espiritualidad y cuidado de enfermería. RICSH Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas. vol. 5, núm. 10. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50395431701>

Ortiz, A., Aguilar, G., Estigarribia, G., Kawabata, A., Muñoz, S., Schwartz Benzaken, A. y Miranda Espinoza, A. (2017) Comportamientos de riesgo para transmisión de VIH en mujeres indígenas del Paraguay. Rev. cient. estud. invest. Pp. 173-174. Disponible en: <http://revista.unibe.edu.py/index.php/rcei/article/view/86/69>

Ortiz Palacios, L.A. (1999) Acción, Significado y Estructura en la Teoría de A. Giddens. Convergencia, Núm. 20, pp. 57-84. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/105/10502002/>

Palacios-Espinosa, X., Lizarazo, A. M., Moreno, K. S. y Ospino, J.D. (2015) El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. Avances en Psicología Latinoamericana. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 33, núm. 3, pp. 455-479. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79940724008>

Palmer, J. E. (2018) Reducir el sufrimiento y el uso de medicación en pacientes con demencia, Nursing, Vol. 35 (1), Pp. 10-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538218300049>

Pargament, K.J. (2007) Spirituality Integrated Psychotherapy. Understanding and addressing the sacred. New York: The Guilford Press. Disponible en: <http://simbi.kemenag.go.id/pustaka/images/materibuku/spiritually-integrated-psychotherapy.pdf>

Pérez, P., Gonzales, A., Mielles, I. y Uribe, A.F. (2017) Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológico. Pensamiento Psicológico, Vol. 15, No 2, pp. 41-54. Disponible en: <http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1475>

Perry, R. W. y Montiel, M. (1996) Conceptualizando riesgo para desastres sociales Desastres y Sociedad /No. 6/ Año 4. Pp. 71-77. Disponible en: <http://desenredando.org/public/revistas/dys/rdys06/dys6-1.0-todo.pdf#page=76>  
[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Conceptualizando+riesgo+pa](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Conceptualizando+riesgo+pa)



ra+desastres+sociales+Desastres+y+Sociedad+%2FNo.+6%2F+A%C3%B1o+4.+Pp.+71-77&btnG=

Perlo, C.L., (2006), Aportes del interaccionismo simbólico a las teorías de la organización. *Invenio*, vol. 9, núm. (16), pp. 89-07, Universidad del Centro Educativo Latinoamericano, Argentina.  
Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/877/87701607/>

Peñarrieta de Córdoba, M.I., Rivera, A.M., Piñones Martínez, S. y Quintero Valle, L.M. (2006). Experiencia de vivir con el VIH / sida en un país latino: un análisis cualitativo. *Cultura de los Cuidados*, X (20), 69-75 Disponible en:  
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/866/1/culturacuidados\\_20\\_9.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/866/1/culturacuidados_20_9.pdf)

Picco, G., Errasti, M., Santesteban, Y. y Calvo, C. (2016) Dificultades en el abordaje y decisiones en un caso de sufrimiento existencial al final de la vida. *Medicina Paliativa*. Vol. 25 (1): 50 -53. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X17300897>

Ponce, P. Rubén Muñoz, R y Stival, M. (2017) Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*. Pp. 537- 554. Disponible en:  
<https://www.scielo.org/article/scol/2017.v13n3/537-554/es/>

Programa Conjunto de las naciones Unidas para el VIH/sida, ONUSIDA, (2011) Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Disponible en:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/medía\\_asset/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/medía_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf)

Ramos Rangel, Y., Cabrera Pérez, A.E. y González Aguilar, B. (2016) Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/ sida. *Medisur*, 14 (6), 727-736. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000600008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600008)

Rivera Díaz, M., Varas Díaz, N., Reyes Estrada, M., Suro, B. y Coriano, D., (2012), Factores socio-estructurales y el estigma hacia el VIH/sida: experiencias de puertorriqueños/as con VIH/sida al acceder a los servicios de salud. *Salud Soc.*, 3(2): 180–192. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3955388/>

Rizo, M., (2004), El interaccionismo simbólico y la escuela de palo Alto, Hacia un nuevo concepto de la comunicación. *Portal de la comunicación*.  
Disponible en: [http://portalcomunicacao.com/uploads/pdf/17\\_esp.pdf](http://portalcomunicacao.com/uploads/pdf/17_esp.pdf)

Santana Biondo, C., Oliveira Antúnez, Ferraz, M., Miranda Silva, M.L. y Yarid, S.D. (2017) Espiritualidad en los servicios de urgencia y emergencia. *Rev. bioét. (Impr.)*.

2017; 25 (3): 596-602 <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017253216>

Spanish Oxford living dictionaries () Disponible en:  
<https://es.oxforddictionaries.com/definicion/riesgo>

Salazar Maya, A., (2011), Cirugía: entre la angustia y la alegría otra vez. Aquichan, 11, (2): 187-198. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74120733006.pdf>

Sánchez Herrera B.(2009) Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. Investigación y Educacion en Enfermería, 27(1), 86-95. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n1/v27n1a09.pdf>

Silva, M.C. (2017) Sufrimiento laboral en el equipo de un centro de salud familiar rural del sur de Chile. Rev. Chil Salud Pública 2017; Vol. 21 (1): 10-18. Disponible en: <file:///C:/Users/Celina/AppData/Local/Temp/47654-709-168793-1-10-20171127.pdf>

Soto, J. y Cruz, J. (2014) Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/sida. ECORFAN. 41 (IV), 1-8. Disponible en: [http://ecorfan.org/handbooks/Educacion%20T-IV/Educacion%20Handbook%20T\\_IV.pdf#page=13](http://ecorfan.org/handbooks/Educacion%20T-IV/Educacion%20Handbook%20T_IV.pdf#page=13)

Teherán Valderrama A.A., Mejía Guatibonza M.C., Álvarez Meza L.J., Muñoz Ramírez Y.J., Barrera Céspedes M.C., Cadavid González V. (2017) Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: un estudio de corte transversal. Rev. Cienc Salud. 2017;15(2):211-222. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5757>

Trejos Herrera, A.M., Tuesta Molina, R de J. y Mosquera Vásquez, M. (2011). Niñez afectada con VIH/SIDA: Uso y acceso a Servicios de Salud en cinco ciudades Colombianas. Salud Uninorte, 27 (2), 171-184. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81722541003.pdf>

Torres Tabares, C.M. y Vergara Muñoz, E.C. (2011) Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010). CES Salud Pública. 3 (2)129-140. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/65003166ff6ae039d941bc7c8c4dcb1f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2037661>

Ulloa-Ricárdez, A., Castillo-Medina, J. A. y Moreno, M.A. (2016) Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacimiento. Rev. Hosp Jua Mex. 83(4): 122-128. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2016/ju164b.pdf>

Vaca Romero, D. (2014) Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo. Revista de Peruana de Psicología y Trabajo

Social 2014, Volumen 3- N° 1: 107-124. Disponible en: [https://www.uigv.edu.pe/fileadmin/facultades/psicologia/documentos/Rev\\_Peruana\\_PTS\\_5\\_FINAL.pdf#page=107](https://www.uigv.edu.pe/fileadmin/facultades/psicologia/documentos/Rev_Peruana_PTS_5_FINAL.pdf#page=107)

Vance, D.E., Struzick, T.C. and Raper, J.L. (2008) Biopsychosocial Benefits of Spirituality in Adults Aging with HIV Implications for Nursing Practice and Research. *Journal of Holistic Nursing*. Págs. 1-7  
doi:10.1177/0898010107310615

Vargas Toloza, V.T. y Pulido León, S.M. (2012) Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. *Rev. Ciencia y Cuidado*. Año 9. No 1. Pp. 65- 78. Disponible en:  
<http://respuestas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/457/477>

Varela, M.T., Salazar, I.C., Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J.A. y Salazar, A.E. (2009) La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/sida: validación de un cuestionario. *Colombia Médica*, 40 (4),387-98.  
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v40n4/v40n4a4.pdf>

Vélez-Laguado P, Rojas-Dodino y Mogollón-González AM. (2015) Actitudes y prácticas frente a la sexualidad de los homosexuales. *Ciencia y Cuidado*, 12(1), 40-52.  
Disponible en:  
<http://respuestas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/321/335>

Villar, O. L., (2006), Interaccionismo simbólico y educación. *Revista electrónica Diálogos Educativos*. Año 6, N° 12. Disponible en:  
[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Interaccionismo+simbólico+y+educación+.&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Interaccionismo+simbólico+y+educación+.&btnG=)

Vissochi Reiche, E.M., Ehara Watanabe, M.A., Bonametti, A.M., Kaminami Morimoto, H., Morimoto, A., Wiechmann, S.L., Matsuo, T., Carvalho De Oliveira, J. & Vissochi Reiche, F. (2008) Frequency of CCR5-Δ32 deletion in human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) in healthy blood donors, HIV-1-exposed seronegative and HIV-seropositive individuals of southern Brazilian population. *International Journal Of Molecular Medicine*, 22: 669-675. Doi: DOI: 10.3892/ijmm\_00000071

Weathers, E., McCarthy, G. and Coffey, A. (2016) Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nursing Forum* Volume pages. 1-18. Disponible en:  
<https://www.ucc.ie/en/media/academic/medicineandhealth/graduateschool/ConceptAnalysisinNursingForum.pdf>

Xiaoyan, X. & Sato, M. K. (2011) Quality of life and related factors among people living with HIV in China. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* 3, 513–520. DOI: 10.1111/j.1752-9824.2011.01127.x

Yáñez-Castillo, B.G., Villar-Luis, M.A. y Alonso-Castillo, M.M. (2018) Espiritualidad, autotrascendencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Journal Health NPEPS*. 2018; 3(1):5-21. Disponible en:  
<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2736/2355>

Yiaslas, T.A., Kamen, Ch., Arteaga, A., Lee, S., Briscoe-Smith, A., Koopman & Gore-Felton, CH. (2014) The Relationship between Sexual Trauma, Peritraumatic Dissociation, PTSD, and HIV-Related Health in HIV-Positive Men. *Journal Trauma Dissociation*. 15 (4): 420- 435. Doi: 10.1080/15299732.2013.873376

Zavala Pérez, I. C. y Berumen Burciaga, L. (2011) Modelo de Enfermería para Promover el autocuidado del Paciente con VIH a través del Diálogo con Amor en la Consejería. *ENE, Revista de Enfermería*, 5 (1) ,51-63.  
Disponible en:  
<http://dspace.uan.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/716/1/Modelo%20de%20Enfermería%20para%20promover%20el%20autocuidado%20de%20paciente%20con%20VIH%20a%20traves%20del%20diálogo.pdf>

## **Libros**

Acevedo, G., Martínez, G. y Estario, J.C. (2007) *Manual de Salud Pública*.  
Disponible en:  
<https://books.google.com.sv/books?id=ReKws3eZQHQC&printsec=frontcover&dq=Acevedo,+Mart%C3%ADnez+y+Estuario,+2007&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi9ud728qnbAhWNvVMKHbNVDOUQ6AEIJTAA#v=onepage&q&f=false>

Alzate Posada, M.L., Pinilla Alfonso, M.Y., Simbaqueba Vargas, J., Gonzales Mayorga, M., Estrada Montoya, J. H. y Correa Arias, J.D. (2012). *Treinta años de la Pandemia del VIH: ¿Hacia dónde vamos?* (1ª. Ed.). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

André, Ch. (s.f.) *Psicología del miedo. Temores, angustias y fobias*.  
Disponible en:  
[https://books.google.com.sv/books?id=\\_U34srSR4bgC&printsec=frontcover&dq=miedo+psicología&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj21oXK-qTbAhVJ3FMKHS9oARgQ6AEIJTAA#v=onepage&q=miedo%20psicología&f=false](https://books.google.com.sv/books?id=_U34srSR4bgC&printsec=frontcover&dq=miedo+psicología&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj21oXK-qTbAhVJ3FMKHS9oARgQ6AEIJTAA#v=onepage&q=miedo%20psicología&f=false)

Asociación Nacional de Personas Positivas Vida Nueva, ANP+VN, Asociación Demográfica Salvadoreña, ADS, Ministerio de Salud, MINSA, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. (2010). *Estudio de estigma y discriminación en personas con VIH*. San Salvador: Impresos Múltiples

Ballén Ariza, M., Pulido Rodríguez R. y Zúñiga López, F.S. (2013). *Abordaje hermenéutico de la investigación cualitativa. Teorías, procesos y técnicas*. (1ª. Ed.).

Colombia: Ediciones Gran colombiana.

Barrantes Chavarría, R. (2010). Investigación un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo. (17ª Reimp.). San José, Costa Rica: Talleres gráficos de la Editorial EUNED

Bauman, Z. (2003) Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. Disponible en: <https://books.google.com/sv/books?id=6yz1FyMshJEC&printsec=frontcover&dq=amor+liquido-bauman&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjzILnqjfzaAhVJpFkKHY5QBmlQ6AEIJTAA#v=onepage&q=amor%20liquido-bauman&f=false>

Bautista C, N.P. (2011) Proceso de la Investigación Cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones. Bogotá, Colombia: Editorial El Manual Moderno

Beck, U. (2006) La sociedad del riesgo hacia una nueva modernidad. (1ª Ed-) Barcelona, España : ediciones Paidós Ibérica, S.A. Disponible en: <https://books.google.com/sv/books?id=vQiQo7PdLgWC&printsec=frontcover&dq=ulrich+beck+sociedad+del+riesgo+resumen&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwibuImN99bcAhVGjlkKHeB6AVgQ6AEIJTAA#v=onepage&q&f=false>

Bernal Torres, C.A. (2006). Metodología de la investigación. Para administración, economía y ciencias sociales. (2ª Ed.). México: Pearson Educación

Bockting, W. y Keatley, J. (2013). Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. (1ª Ed.) San Salvador: Talleres Gráficos UCA

Boff, L. (2002) El cuidado esencial. Ética de lo humano. Compasión por la tierra. Recuperado de: <https://www.uv.mx/veracruz/cosustentaver/files/2015/09/12.el-cuidado-esencial-leonardo-boff.pdf>

Buber, M. (1942), Dos problem des Menschen, ¿Qué es el hombre?, traducción de Eugenio Imaz. México: Fondo de Cultura Económica

Burns, N. y Grove, S.K. (2012) Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica basada en la evidencia. (5ª Ed.) Barcelona, España: Elsevier España, S.L.

Blumer, H. (1969) Symbolic Interaccionism. Perspective and Method. Englewood Cliffs New Jersey, United States of America: Prentice – Hall, Inc.

Cohen S, & Syme, L.S. (1895) Social support and health. Cap 1. Issues in the study and

application of social support. San Francisco: academic express. Disponible en: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30741394/symechap85.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1534311697&Signature=hSyuzoIonrypeMNa3E9X7UyRH7A%3D&response-content-](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30741394/symechap85.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1534311697&Signature=hSyuzoIonrypeMNa3E9X7UyRH7A%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DIssues_in_the_study_and_application_of_s.pdf)

Colliere, M.F. (2009) Promover la vida (2ª Ed.) México: McGraw Hill Educacion

Corominas, J. (1973) Breve diccionario etimológico de la lengua castellana (3ª ed.)  
Disponible en: <https://www.iberlibro.com/buscar-libro/titulo/breve-diccionario-etimol%F3gico-de-la-lengua-castellana/autor/corominas-joan/>

Creswell, J. W, (2013) Qualitative inquiry & research Design: choosing among five approaches (3<sup>rd</sup> Ed.) United States of América: SAGE Publications, Inc.

Cutcliffe, J.R. y McKenna, H. P., (2005) The Essential Concepts of Nursing. First published. China: Elsevier- Churchill Livingstone

Chapman (2006) El enojo. Como manejar una emoción poderosa de una manera saludable. Disponible en: <http://www.portavoz.com/libros/pdfs/9780825405280.pdf>

Charmaz, K. (2014) Constructing Grounded Theory (2<sup>nd</sup> Ed.) Thousand Oaks, California SAGE Publications Inc.

Charmaz, K. (2006) Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis. (1st Ed.) United States of America: SAGE Publications Inc.

Chastagnaret, G y Gil Olcina, C. (2006) Riesgo de inundaciones en el mediterráneo occidental Madrid, España; Casa de Velázquez y Universidad de Alicante.  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Rbkr1ZZQPfEC&oi=fnd&pg=PR13&dq=Chastagnaret.+G+y+Gil+Olcina,+C.+\(2006\)+Riesgo+de+inundaciones+en+el+mediterr%C3%A1neo+occidental+Madrid,+Espa%C3%B1a+Casa+de+Velazques+y+Univesidad+de+Alicante.+&ots=IRvasnYkFM&sig=ytx6uOHw-IIdn6x-jEXTduQB3VU#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Rbkr1ZZQPfEC&oi=fnd&pg=PR13&dq=Chastagnaret.+G+y+Gil+Olcina,+C.+(2006)+Riesgo+de+inundaciones+en+el+mediterr%C3%A1neo+occidental+Madrid,+Espa%C3%B1a+Casa+de+Velazques+y+Univesidad+de+Alicante.+&ots=IRvasnYkFM&sig=ytx6uOHw-IIdn6x-jEXTduQB3VU#v=onepage&q&f=false)

Delgado Arenas, R., Gallegos de Bernaola, F. y Loayza Gaviria, L. (2010). Constructos básicos para la investigación científica. (1ª Ed.). Lima: Fondo Editorial UAP

De Miguel, A. (1969) Introducción a la sociología de la vida cotidiana. Madrid: editorial cuadernos para el diálogo.

Deslaurier, J. P. (2004) Investigación Cualitativa. Guía Práctica. Pereira: Colombia. Editorial Papiro

Diccionario de la lengua española (2017) Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=WT8tAMI>

Diccionario de la real academia española (2001) Disponible en:  
<http://www.rae.es/recursos/diccionarios/diccionarios-antiores-1726-2001/diccionario-de-la-lengua-espanola-2001>

Diccionario de sinónimas y antónimos (2005) disponible en:  
<http://www.wordreference.com/sinonimos/diccionario>

Diccionario polifuncional. Sinónimos, antónimos y parónimos: uso de la lengua española (2008). (1ª Ed.) Disponible en:  
<https://www.dropbox.com/s/gwww77xijcihxzh/Diccionario%20Polifuncional%20-%20Sinonimos%20-%20Antonimos%20-%20Paronimos%20-%20Uso%20de%20la%20Lengua%20Espanola.pdf?dl=0>

Díaz Saso, P. (2015) Prevención de riesgos laborales. Seguridad y salud laboral. (2ª Ed.) Madrid, España: Ediciones paraninfo.SA. Disponible en:  
<https://books.google.com.sv/books?id=rOk9CQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=riesgos&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjFsuSFjdLcAhVDz1MKHdy6BFMQ6AEIKzAB#v=onepage&q=riesgos&f=false>

Drane, J.F. (2009) Sufrimiento y depresión. Como la comprensión y la fe pueden ser de utilidad. (1ª Ed.) Bogotá: San Pablo- disponible en  
[https://books.google.com.sv/books?id=qOjcaehLL98C&pg=PA19&dq=que+es+sufrimiento&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjU45jGw9ncAhUsw1kKHRZND\\_gQ6AEIMzAD#v=onepage&q=que%20es%20sufrimiento&f=false](https://books.google.com.sv/books?id=qOjcaehLL98C&pg=PA19&dq=que+es+sufrimiento&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjU45jGw9ncAhUsw1kKHRZND_gQ6AEIMzAD#v=onepage&q=que%20es%20sufrimiento&f=false)

Durkheim, E. (1897) El suicidio. Un estudio de sociología. Disponible en:  
<http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/04/Durkheim-%C3%89mile-El-Suicidio.pdf>

Engels, F. (2017) El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Disponible en:  
[https://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el\\_origen\\_de\\_la\\_familia.pdf](https://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el_origen_de_la_familia.pdf)

Fairchild, H.P. (2010). Diccionario de Sociología. (2ª. Ed.). México: Impresora y encuadernadora Progreso S.A. de C.V.

Fawcett, J. (2005) Analysis and evaluation contemporary nursing knowledge: nursing models and theories (2<sup>nd</sup> Ed.) Philadelphia: FA Davis Company.

Foucault, M. (1987) Historia de la sexualidad.3. La inquietud de sí. (2ª Ed.) México: Siglo XXI. Disponible en:  
<https://books.google.com.sv/books?id=aZCPBAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=foucault.la+historia+de+la+sexualidad.la+inquietud+de+si&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwih5OLXsKXdAhWEhOAKHfuxC0AQ6AEIJTAA#v=onepage>

ge&q=focault.la%20historia%20de%20la%20sexualidad.la%20inquietud%20de%20si&f=false

Fromm, E. (1956) Psicoanálisis y religión. Disponible en: [http://www.ugr.es/~pgomez/docencia/fr/documentos/Fromm.Erich\\_1949\\_Psicoanalisis-y-religion.pdf](http://www.ugr.es/~pgomez/docencia/fr/documentos/Fromm.Erich_1949_Psicoanalisis-y-religion.pdf)

Chastagnaret, G y Gil Olcina, C. (2006) Riesgo de inundaciones en el mediterráneo occidental Madrid, España; Casa de Velázquez y Universidad de Alicante. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Rbkr1ZZQPfEC&oi=fnd&pg=PR13&dq=Chastagnaret.+G+y+Gil+Olcina,+C.+\(2006\)+Riesgo+de+inundaciones+en+el+mediterr%C3%A1neo+occidental+Madrid,+Espa%C3%B1a%3B+Casa+de+Velazques+y+Univeridad+de+Alicante.+&ots=IRvasnYkFM&sig=ytx6uOHw-IIdn6x-jEXTduQB3VU#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Rbkr1ZZQPfEC&oi=fnd&pg=PR13&dq=Chastagnaret.+G+y+Gil+Olcina,+C.+(2006)+Riesgo+de+inundaciones+en+el+mediterr%C3%A1neo+occidental+Madrid,+Espa%C3%B1a%3B+Casa+de+Velazques+y+Univeridad+de+Alicante.+&ots=IRvasnYkFM&sig=ytx6uOHw-IIdn6x-jEXTduQB3VU#v=onepage&q&f=false)

Galindo Cáceres, J., Rizo García, M., Vidales Gonzales, C., Karam Cárdenas, T. y Aguirre Fernández de Lara, R. (2008), Comunicación, Ciencia e Historia, México, Programas Educativos S.A. de C.V.

Gaut, D.A. & Boykin, A. (1994) Caring as healing: Renewal Through Hope. Portland, Oregon: Library of Congress cataloging-in- Publication Data.

Geymonat, L., (1998), Historia de la Filosofía de la Ciencia, Barcelona, España: CRITICA.

Glasser, B. G. (1998) Doing Grounded Theory: Issues and Discussions. United States of América: Sociology Press

Goffman, E. (2006) Estigma. La identidad deteriorada. Disponible en: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>

Goffman, E. (2001) La presentación de la persona en la vida cotidiana. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2015/08/Goffman-E.-La-presentacion-de-la-persona-en-la-vida-cotidiana.-1-47.pdf>

Goujelac, V. (2005) Las fuentes de la vergüenza. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=3\\_NWDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP4&dq=verg%C3%BCenza+social&ots=LUuKboTgpN&sig=LT2yCNVdNfCeiuwsQXcM2gOmK2g#v=onepage&q=verg%C3%BCenza%20social&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=3_NWDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP4&dq=verg%C3%BCenza+social&ots=LUuKboTgpN&sig=LT2yCNVdNfCeiuwsQXcM2gOmK2g#v=onepage&q=verg%C3%BCenza%20social&f=false)

Infante Meyer, C. (2000) Historia de la Medicina en El Salvador, (1ª Ed.) San Salvador: Imprenta Offset Ricaldone

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2017) UNAIDS DATA



2017. Ginebra, Suiza: UNAIDS/JC2910E. Disponible en:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/medí\\_a\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/medí_a_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf)

Jung, C.G. (2016) Escritos sobre espiritualidad y trascendencia. Madrid: Editorial Trotta, S.A.

Kowalchuk, L. (2014) What nurses do: a glimpse of their work in El Salvador's public health-care system. Disponible en:  
[http://issuu.com/lisakowalchuk/docs/wnd\\_8feb\\_issuu?e=11779729/11419965](http://issuu.com/lisakowalchuk/docs/wnd_8feb_issuu?e=11779729/11419965)

Kübler-Ross E. (1969) On Death and Dying. Disponible en:  
<http://jesuitasvenezuela.com/jesuitas/wp-content/uploads/ON-DEATH-AND-DYING-Elisabeth-K%C3%BCbler-Ross.pdf>

Kübler-Ross, E. y David Kessler, D. (2004) Sobre el duelo y el dolor. Disponible en:  
<https://books.google.com.sv/books?id=nrVCDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Sobre+el+duelo+y+el+dolor.+Elisabeth+K%C3%BCbler+Ross+y+David+Kessler.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj0x4qC9anbAhVS61MKHfSADnIQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Sobre%20el%20duelo%20y%20el%20dolor.%20Elisabeth%20K%C3%BCbler%20Ross%20y%20David%20Kessler.&f=false>

Leininger, M. (1991) Culture Care and Universality: a Theory of Nursing. New York: National League for Nursing Press

Luhmann, N. (2005) Confianza. Disponible en:  
[https://books.google.com.sv/books?id=WWBknPW0C3AC&printsec=frontcover&dq=confianza+luhmann+resumen&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwibnLaNtZ\\_bAhWHt1kKHxJ3D0sQ6AEIJTAA#v=onepage&q=confianza%20luhmann%20resumen&f=false](https://books.google.com.sv/books?id=WWBknPW0C3AC&printsec=frontcover&dq=confianza+luhmann+resumen&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwibnLaNtZ_bAhWHt1kKHxJ3D0sQ6AEIJTAA#v=onepage&q=confianza%20luhmann%20resumen&f=false)

Luhmann, N. (2006) Sociología del riesgo (3ª Ed.) México: Universidad Iberoamericana, A. C. Disponible en:  
<https://books.google.com.sv/books?id=74RRXy0EX4wC&printsec=frontcover&dq=sociologia+del+riesgo&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjQktzHrdHcAhVJ3FMKHTvnBi0Q6AEIJTAA#v=onepage&q=sociologia%20del%20riesgo&f=false>

Mayeroff, M. (1971) On Caring. (1<sup>st</sup>. Ed.) United States of America: Hrper y Rou, Editores

Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. (2007). Modelos y teorías de enfermería. (6ª Ed.). Barcelona: Elsevier España, S.L.

McFarland, M.R. and Wehbe-Alamh, H.B. (2006) Leininger's Culture care Diversity and

Universality. A worldwide nursing Theory. (Third Ed.) Michigan: Jones and Bartlett learning.

Medina., J.L., (1999), La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Editorial Laertes S.A.

Meleis, A. I. (2012). Theoretical Nursing. Development & Progress. (5th Edition) China: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Meleis, A.I. (2010) Transitions Theory. Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Sprienger Publishing Company

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección de Regulación. División de Enfermería. Centro de Capacitación e Investigación en Enfermería. (2002) Guía de proceso de Atención de Enfermería en Adultos. San Salvador: MSPAS

Morín, E. (2007) El hombre y la muerte. Disponible en: [https://books.google.com.sv/books?id=1jk2qxz\\_tyUC&printsec=frontcover&dq=Mor%C3%ADn,+E.+\(1970\)+El+hombre+y+la+muerte&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjS6bWV9qnbAhVDyVMKHQWxA8wQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Mor%C3%ADn%2C%20E.%20\(1970\)%20El%20hombre%20y%20la%20muerte&f=false](https://books.google.com.sv/books?id=1jk2qxz_tyUC&printsec=frontcover&dq=Mor%C3%ADn,+E.+(1970)+El+hombre+y+la+muerte&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjS6bWV9qnbAhVDyVMKHQWxA8wQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Mor%C3%ADn%2C%20E.%20(1970)%20El%20hombre%20y%20la%20muerte&f=false)

Morse, J. (2003). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. (1ª Ed.). Colombia: Editorial Universidad de Antioquia

Morse, J.J., Stern, P.H., Corvin, J., Bowers, B., Charmaz, K. & Clarke A. (2009) Developing Grounded Theory. The second generation. United States of America: Left Coast Press, Inc.

Morse, J. M. & Field, P. A. (1996) Nursing Research. The application of qualitative Approaches. Disponible en: <https://books.google.com.sv/books?id=Rc69BwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Nursing+Research.+The+application+of+qualitative++++++approaches&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj5ltbX9OzaAhWSzVMKHe6MDysQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Nursing%20Research.%20The%20application%20of%20qualitative%20%20%20%20%20%20approaches&f=false>

Munhall, P.L. & Oiler, C.J. (1986) Nursing Research. A qualitative Perspective. United States of America: Prentice- Hall

Muñoz Campos, R. (2009). La investigación Científica. Pasa a Paso. (4ª Ed.) San Salvador, El Salvador: Talleres Gráficos UCA

Nightingale, F. (1991) Notas sobre enfermería. Que es y que no es. México: Promotora Editorial, SA de CV.

Oxford University Press (2018) Spanish Oxford Living dictionaries (2018) Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/vida>

Pérez Fuentes de Galeano, J. y Gonzales de Landos, I.Y. (2006). Investigación Científica. (2ª Ed.) San Salvador: Imprenta Criterio.

Prado, M.L., De Souza, M de L. y Carraro, R.E. (2008). Investigación cualitativa en enfermería. (Serie PALTEX Salud y Sociedad No 9) Washington: Oficina Sanitaria Panamericana

Peterson, S.J. y Bredow, T.S., (2009), Middle Range Theories: application to nurse Research (2<sup>nd</sup> Ed.) United States of America: Library of Congress Cataloging-in-Publications Data.

Pineda, E.B. y Alvarado, E.L. (2008). (3ª Ed.). Metodología de la investigación. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.

Polit, D.F. y Hungler, B.P. (1997). Investigación científica en ciencias de la salud. (5ª Ed.). México: Mc Graw- Hill Interamericana Editores

Polit, D.F. y Hungler, B.P. (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. (6ª Ed.). México: Mc Graw- Hill Interamericana Editores

Sandoval Casilimas, C.A. (2002) Investigación Social Cualitativa. Instituto Colombiano Para el Fomento de la Educación Superior. Bogotá, Colombia: Arfo Editores

Schütz, A. y Luckmann, T. (2009). Las estructuras del mundo de la vida. (2ª Reimp.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Smith, M.C. and Parker, M.E. (2015) Nursing Theories and Nursing Practice.

Disponible en:

[https://books.google.com.sv/books?id=oMjXBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Nursing+Theories+and+Nursing+Practice+\(4th++++++Edition\)+Philadelphia:+F.+A.+Davis+Company&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwibi5Le7ezaAhWL61MKHXeaAXQQ6AEIKDAA#v=onepage&q=Nursing%20Theories%20and%20Nursing%20Practice%20\(4th%20%20%20%20%20%20%20Edition\)%20Philadelphia%3A%20F.%20A.%20Davis%20Company&f=false](https://books.google.com.sv/books?id=oMjXBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Nursing+Theories+and+Nursing+Practice+(4th++++++Edition)+Philadelphia:+F.+A.+Davis+Company&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwibi5Le7ezaAhWL61MKHXeaAXQQ6AEIKDAA#v=onepage&q=Nursing%20Theories%20and%20Nursing%20Practice%20(4th%20%20%20%20%20%20%20Edition)%20Philadelphia%3A%20F.%20A.%20Davis%20Company&f=false)

Strauss, A. y Juliet Corbin, J. (2002) Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada (1ª Ed) Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia

Vasilachis de Gialdino, I., Ameigeiras, A.R., Chernobilsky, L.B., Gimenez Béliveau, V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., Neiman, G., Quaranta, G. y Soneira, A.J. Estrategias de investigación cualitativa (2007), Buenos Aires, Argentina: Editorial GEDISA, S.A.

Vásquez, I.A. (2015) Manual de psicología de la salud. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/profile/Concepcion\\_Fernandez-Rodriguez/publication/31677880\\_Manual\\_de\\_psicologia\\_de\\_la\\_salud\\_I\\_Amigo\\_Vazquez\\_C\\_Fernandez\\_Rodriguez\\_M\\_Perez\\_Alvarez/links/56f4243208ae7c1fda2d7289/Manual-de-psicologia-de-la-salud-I-Amigo-Vazquez-C-Fernandez-Rodriguez-M-Perez-Alvarez?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Concepcion_Fernandez-Rodriguez/publication/31677880_Manual_de_psicologia_de_la_salud_I_Amigo_Vazquez_C_Fernandez_Rodriguez_M_Perez_Alvarez/links/56f4243208ae7c1fda2d7289/Manual-de-psicologia-de-la-salud-I-Amigo-Vazquez-C-Fernandez-Rodriguez-M-Perez-Alvarez?origin=publication_detail)

Walker, L.O. (2011). Strategies for theory construction in nursing. (5th Ed.). United States of América: Pearson Education, Inc.

Ministerio de Salud, MINSA, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, El Salvador, (PNUD), Asociación Demográfica Salvadoreña. (ADS). Asociación Nacional de Personas Positivas Vida Nueva (ANP+).(2010). Estudio de estigma y discriminación en personas con VIH. Informe de El Salvador, C.A. Disponible en:  
[http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/El%20Salvador%20-%20Stigma%20Index%20Estudio\\_de\\_Estigma\\_y\\_Descriminacion\\_en\\_personas\\_con%20HIV%20-2010%20Spanish.pdf](http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/El%20Salvador%20-%20Stigma%20Index%20Estudio_de_Estigma_y_Descriminacion_en_personas_con%20HIV%20-2010%20Spanish.pdf)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.ONUSIDA. (2010). Informe final. Diseño de elementos principales que debe contener el sistema de protección social para personas con VIH/sida. San Salvador: Ref. No. 00046931/3158

Taylor, S.J. y Bogdan R. (1994) Introducción a los métodos cualitativos de Investigación . La búsqueda de los significados.  
Recuperado de : <https://bibliophiliaparana.wordpress.com/2012/01/16/taylor-s-j-bogdan-r-introduccion-a-los-metodos-cualitativos-de-investigacion/>

Trinidad Requena, A., Carrero Planes, V y Soriano Miras, R.M. (2006) Teoría Fundamentara. Grounded Theory. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Cuadernos Metodológicos N° 37. Disponible en:  
[https://books.google.com.sv/books?id=yxtGMuCSDe4C&printsec=frontcover&source=gs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.sv/books?id=yxtGMuCSDe4C&printsec=frontcover&source=gs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Valles, M.S., (1999), Técnicas de investigación cualitativa. Reflexión metodológica y práctica profesional. Recuperado de: <http://investigacion-social.sociales.uba.ar/files/2013/03/Miguel-Valles-Tecnicas-Cualitativas-De-Investigacion-Social.pdf>

Vélez Restrepo, O.L. y Galeano Marín, M.E., (2002), Investigación cualitativa. Estado

del arte. Medellín Universidad de Antioquia. Segunda reimpresión.

Vissoi Reiche, E.M., Ehara Watanabe, M.A., Bonametti, A.M., Kaminami Morimoto, H., Morimoto, A., Wiechmann, S.L., Matsuo, T., Carvalho De Oliveira, J. & Vissoi Reiche, F. (2008) Frequency of CCR5- $\Delta$ 32 deletion in human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) in healthy blood donors, HIV-1-exposed seronegative and HIV-seropositive individuals of southern Brazilian population. *International Journal Of Molecular Medicine*, 22: 669-675  
Doi: DOI: 10.3892/ijmm\_00000071

### **Tesis**

Álvarez Rodríguez, k. (2013) proceso de reestructuración en la familia a partir de su interacción con uno de sus integrantes con VIH/sida (Tesis doctoral). Universidad de Carabobo, Venezuela.

Garrido Estévez, J. (2017) Nuevas terapias en el tratamiento del VIH. (Tesis Doctoral) Universidad de Valladolid, España

Medina, M. (2010) Impacto social y económico del VIH en individuos y familias de Bogotá 2008-2009: Un resultante de los procesos micro y macro sociales del contexto. (Tesis doctoral) Universidad Nacional de Colombia.  
Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2716/1/597597.2010.pdf>

Miranda Aranda, M., (2003), Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y trabajo social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas. (Tesis Doctoral) Universitat I Rovira I Virgili, Tarragona España

### **Informe técnico**

Cumbre extraordinaria de jefes de estado y de gobierno de los países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA). San Salvador, El Salvador.  
Disponible en: [www.unicef.org/lac/Declaracion\\_SanSalvador\\_11Nov05\\_sp.pdf](http://www.unicef.org/lac/Declaracion_SanSalvador_11Nov05_sp.pdf)

Ministerio de Salud, Comisión Nacional contra el sida (2014) Informe nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del plan nacional de monitoreo y evaluación del plan estratégico multisectorial. Año 2013

Ministerio de Salud, Comisión Nacional contra el Sida, CONASIDA. (2016) Informe Nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador. Año 2015. El Salvador: Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Disponible en:  
[file:///C:/Users/MGRT\\_C~1/AppData/Local/Temp/SLV\\_narrative\\_report\\_2016.pdf](file:///C:/Users/MGRT_C~1/AppData/Local/Temp/SLV_narrative_report_2016.pdf)

Ministerio de Salud (2017) La salud es un derecho. Estamos para garantizarlo. Informe de

Labores 2016-2017. (1ª Ed.) El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud.  
Disponible en:  
file:///C:/Users/MGRT\_C~1/AppData/Local/Temp/MINSAL\_Informe\_de\_Labores\_2016\_2017.pdf

## Materiales Legales

Asociación Médica Mundial, AMM (2008), Declaración de Helsinki. Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Disponible en:  
[www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf)

Asamblea Legislativa (1994) Código de familia. Decreto 677. Disponible en:  
[https://www.oas.org/dil/esp/codigo\\_de\\_familia\\_el\\_salvador.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/codigo_de_familia_el_salvador.pdf)

Asamblea Legislativa de la Republica de El Salvador. (2004). Decreto 588, Ley y reglamento de prevención y control de la infección provocada por el virus de Inmunodeficiencia Humana. Disponible en:  
[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/Ley\\_y\\_Reglamento\\_del\\_SIDA.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/Ley_y_Reglamento_del_SIDA.pdf)

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, CIOMS y Organización Mundial de la Salud, OMS, (2002) Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Disponible en:  
[www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas\\_eticas\\_internacionales.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm)

Declaración de Ámsterdam. (2009) V Congreso Mundial de familias.  
<https://es.zenit.org/articles/v-congreso-mundial-de-familias-declaracion-de-amsterdam/>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS. (2013). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Disponible en:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf)

Ministerio de Economía. (2009). VI Censo de Población y V de Vivienda. 2007. Atlas Sociodemográfico.  
Disponible en: [www.censos.gob.sv/.../Resultados%20VI%20Censo%20de...](http://www.censos.gob.sv/.../Resultados%20VI%20Censo%20de...)

Ministerio de Economía. Dirección General de Estadísticas y Censos. (2012), Compendio estadístico 2009-2011.  
Disponible en: [www.minec.gob.sv/...ex.php?option=com\\_content&view...](http://www.minec.gob.sv/...ex.php?option=com_content&view...)

Ministerio de Economía, (2009), Anuario Estadístico 2009. Disponible en:  
[www.digestyc.gob.sv/.../27-censo-de-poblacion-y-vivienda-2007.html?....](http://www.digestyc.gob.sv/.../27-censo-de-poblacion-y-vivienda-2007.html?....)

Ministerio de Salud, Comisión Nacional contra el SIDA (2016) Plan Estratégico Nacional

Multisectorial de VIH e ITS 2016-2020. San Salvador: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. págs. 1-100

Ministerio de Salud. Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel (2015)

Plan Operativo Anual 2015. Disponible en:

[http://www.transparencia.gob.sv/institutions/h-san-miguel/documents/plan-operativo-anual?utf8=%E2%9C%93&q%5Bname\\_or\\_description\\_cont%5D=plan+anual+operativo&q%5Byear\\_cont%5D=2016&button=&q%5Bdocument\\_category\\_id\\_eq%5D=](http://www.transparencia.gob.sv/institutions/h-san-miguel/documents/plan-operativo-anual?utf8=%E2%9C%93&q%5Bname_or_description_cont%5D=plan+anual+operativo&q%5Byear_cont%5D=2016&button=&q%5Bdocument_category_id_eq%5D=)

Ministerio de Salud. El Salvador. (2013). Informe de labores 2012-2013.

Disponible

en:

<http://w2.salud.gob.sv/servicios/descargas/documentos/Documentaci%C3%B3n-Institucional/Memorias-de-Labores/Memoria-de-Labores-2012-2013/>

Ministerio de Salud, MINSAL El Salvador. (2013). Resultados obtenidos en el Día

Nacional de la Toma de la Prueba del VIH. Disponible en:

<http://w2.salud.gob.sv/novedades/noticias/noticias-ciudadanas/244-julio-2013/1992--30-07-2013-minsal-presenta-los-resultados-obtenidos-en-el-día-nacional-de-la-toma-de-la-prueba-del-vih.html>

Ministerio de Salud, (2011), Plan estratégico Nacional Multisectorial de la respuesta al VIH/SIDA e ITS 2011-2015. Disponible en:

[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/Plan\\_Estrategico\\_Nacional\\_Multisectorial\\_de\\_la\\_Respuesta\\_al\\_VIH\\_SIDA\\_e\\_ITS\\_2011\\_2015.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/Plan_Estrategico_Nacional_Multisectorial_de_la_Respuesta_al_VIH_SIDA_e_ITS_2011_2015.pdf)

Ministerio de Salud. (2011). Memoria de Labores 2010-2011. Disponible en:

<http://w2.salud.gob.sv/servicios/descargas/documentos/Documentaci%C3%B3n-Institucional/Memorias-de-Labores/Memoria-de-Labores-2010-2011/>

Ministerio de salud. (2010). Informe nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del plan nacional de monitoreo y evaluación.

Disponible en:

[https://www.salud.gob.sv/archivos/situación\\_epid\\_VIH/Informe\\_VIH\\_2010.pdf](https://www.salud.gob.sv/archivos/situación_epid_VIH/Informe_VIH_2010.pdf)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2005). Guía de atención para poblaciones móviles para el control y prevención de ITS/VIH/SIDA. Disponible en:

[http://www.mspas.gob.sv/pdf/SIDA\\_DOC/guia\\_poblaciones\\_moviles.pdf](http://www.mspas.gob.sv/pdf/SIDA_DOC/guia_poblaciones_moviles.pdf)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MINSAL. (2005). Protocolos de atención para personas viviendo con el VIH/SIDA.

Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/doc\\_derogados.asp?offset=-1](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/doc_derogados.asp?offset=-1)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. (2005). Guía de intervención en Salud dirigida a los (as) privados(as) de libertad ante las ITS/VIH/SIDA en los centros penitenciarios.

Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/doc\\_derogados.asp?offset=-1](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/doc_derogados.asp?offset=-1)  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2004). Guía de nutrición para el manejo de personas con VIH/sida. Disponible en:  
[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/doc\\_derogados.asp?offset=-1](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/doc_derogados.asp?offset=-1)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2004). Guía de medidas universales de bioseguridad. Disponible en:  
[http://www.vertic.org/medía/National%20Legislation/El\\_Salvador/SV\\_Guia\\_Medidas\\_Bioseguridad.pdf](http://www.vertic.org/medía/National%20Legislation/El_Salvador/SV_Guia_Medidas_Bioseguridad.pdf)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2003). Guía para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH/PTMI-VIH.  
Disponible en:  
[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/GUIA\\_PARA\\_LA\\_PREVENCION\\_DE\\_LA\\_TRANSMISION\\_MATERNO\\_INFANTIL\\_DEL\\_VIH\\_PTMI\\_VIH.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/GUIA_PARA_LA_PREVENCION_DE_LA_TRANSMISION_MATERNO_INFANTIL_DEL_VIH_PTMI_VIH.pdf)

Naciones Unidas. (2015) Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible en: <http://www.sela.org/medía/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>

Naciones Unidas (2001), Declaración de compromiso en la lucha CONTRA EL VIH/sida, Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas Disponible en:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/aidsdeclaration\\_es\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_es_0.pdf)

Oficina Sanitaria Panamericana. (2012). Situación de la salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2011.  
Disponible en: [http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI\\_2011\\_ESP.pdf](http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ESP.pdf)

Organización Mundial de la salud. OMS (2002) Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Suiza: OMS. Disponible en: [www.who.int/whr/2002/es/](http://www.who.int/whr/2002/es/)

Organización mundial de la salud. (2006) Documentos básicos de la 45 edición.  
Disponible en: [www.concepto.de/salud-según-la-oms/](http://www.concepto.de/salud-según-la-oms/)

Oficina Sanitaria Panamericana. (2010). Fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH/ sida y las ITS EN El Salvador. Informe de evaluación.  
Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/fortalecimiento%20els.pdf>

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (2016) Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Washington, D.C. Disponible en:  
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Organización Mundial de la salud. OMS (2017) VIH/sida. Nota descriptiva. Julio de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura, UNESCO, (2005) Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Actas de la Conferencia General. Vol. I: Resoluciones Págs. 80-86.  
Disponible en: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

Organización de las Naciones Unidas (1942) Declaración Universal de los derechos humanos. Disponible en:  
[http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

ONUSIDA (Programa conjunto de Naciones sobre VIH/SIDA) (2017) Estadísticas Mundiales sobre el VIH. Disponible en:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/medía\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/medía_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)

ONUSIDA (2014) 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Disponible en:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/medía\\_asset/90\\_90\\_90\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/medía_asset/90_90_90_es.pdf)

ONUSIDA (Programa conjunto de Naciones sobre VIH/SIDA) (2008) Información básica sobre el VIH. Disponible en:  
[http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519\\_fastfacts\\_hiv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf)

Presidencia de la Republica de El Salvador. (2010). Decreto 56: Disposiciones para evitar toda forma de discriminación en la administración pública, por razones de identidad de género y/o de orientación sexual. Diario Oficial Tomo **387** N° **86**.  
Disponible en:  
<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/86392/97471/F1174021459/SLV86392.pdf>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUSIDA. (2003). El VIH SIDA, Un asunto de todos.  
Disponible en: [http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1008-business\\_es.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1008-business_es.pdf)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida, ONUSIDA, (2010) Llegar a cero: Estrategia 2011-2015. Disponible en:  
[www.unaids.org/en/medía/unaids/.../2010/jc2034\\_unaids\\_strategy\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/medía/unaids/.../2010/jc2034_unaids_strategy_es.pdf)

Ryan, K.J., Brady, J. V., Cooke, R.E. Height, D.I., Jonsen, A.R., King, P., Lebacqz, K. y Turtle, R.H. (1979). El Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los

sujetos humanos de Investigación biomédica y del comportamiento pp. 1-13  
Disponible en: <https://www.etsu.edu/irb/Belmont%20Report%20in%20Spanish.pdf>

USAID, PASCA Y MCP-ES Mesa ciudadana de contraloría social en VIH/SIDA. (2015).  
Informe nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador y su  
cumplimiento del plan nacional de monitoreo y evaluación. Disponible en:  
<http://www.pasca.org/userfiles/INFORME%20SITUACIÓN%20VIH%202014%20El%20Salvador.pdf>

Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería, Centro de Investigación (2010) Áreas y  
Líneas de Investigación . Panama: Facultad de Enfermería

World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. (2011). Global HIV/AIDS response.  
Epidemic update and health sector progress towards Universal Access.  
Disponible en: <https://www.cabdirect.org/abdirect/abstract/20123402579>

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki Ethical Principles for  
Medical Research Involving Human Journal of American Medical Association,  
JAMA Subject, (2013); 310(20):2191-2194. Doi:10.1001/jama.2013.281053.

#### Periodicos

Alfaro, A. (2013, Julio 15). MINSAL entrego falso resultado VIH a una mujer, La Prensa  
Gráfica, p.84.